

UNIVERZITET U SARAJEVU - FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

SOCIJALNA TRAUMA

Mentor: Prof. dr. Maida Koso-Drljević

Student: Esma Čelenka

Sarajevo, Juli, 2025.

SARAJEVO UNIVERSITY - FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FINAL WORK

SOCIAL TRAUMA

Mentor: Prof. dr. Maida Koso-Drljević

Student: Esma Čelenka

Sarajevo, Juli, 2025.

Posveta

Ovaj rad posvećujem ženama iz svoje porodice koje nisu imale priliku da sanjaju velike snove, kao i svakom svom korisniku, koji mi je pokazao da trauma ne znači samo uništenje, već i prostor za paralelni proces rasta i veliki kontrast — gdje iz patnje niču snaga, otpornost i smisao. Zahvaljujući njima, postala sam osoba koja sam danas.

Za sve one koji su zainteresirani za ovu temu, postavljam link svoga bloga gdje pišem o izbjegličkom iskustvo svojih korisnika:

<https://psychologistontheborder.wordpress.com/>

SAŽETAK

Cilj rada je pokazati kako sistemska, naučno utemeljena i kulturološki osjetljiva psihološka podrška može doprinijeti otpornosti i integraciji izbjeglica koje su pogođene socijalnom traumom. Kroz teorijsku analizu, bavit ćemo se stresorima koji djeluju prije, tokom i nakon migracije, te posljedicama socijalne traume na pojedince, porodice, zajednice i države u koje migriraju. U radu su predstavljeni primjeri psihosocijalnih intervencija koje su se pokazale efikasnim u radu s migrantima. Posebna pažnja posvećena je izazovima u pružanju podrške, uključujući kulturološke barijere, stigmatu, rad s prevodiocima i rizik od profesionalnog sagorijevanja. Ovaj rad doprinosi boljem razumijevanju socijalne traume u kontekstu migracija i nudi praktične smjernice za psihološku podršku ove populacije.

Ključne riječi; socijalna trauma, sekvencijalna traumatizacija, prisilne migracije, psihosocijalna podrška, psihološke intervencije.

ABSTRACT

The aim of this paper is to demonstrate how systemic, evidence-based, and culturally sensitive psychological support can contribute to the resilience and integration of refugees affected by social trauma. Through theoretical analysis we will examine the stressors that occur before, during, and after migration, as well as the consequences of social trauma on individuals, families, communities, and the countries they migrate to. The paper presents examples of psychosocial interventions that have proven effective in working with migrants. Special attention is given to the challenges in providing support, including cultural barriers, stigma, working with interpreters, and the risk of professional burnout. This paper contributes to a better understanding of social trauma and the psychological responses it provokes, offering insights for more effective support strategies.

Key words: social trauma, sequential traumatization, forced migrations, psychosocial support, psychological interventions.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. OPERACIONALIZACIJA GLAVNIH POJMOVA	2
2.1. Trauma	2
2.1.1. Traumatski događaj	2
2.1.2. Traumatska reakcija	3
2.2. Socijalna ili društvena trauma	3
2.3. Kolektivna trauma	5
2.4. Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška i intervencije	6
2.5. Migrant, izbjeglica, tražitelj azila, supsidijarna zaštita, međunarodna zaštita	7
2.6. Korisnik	8
3. STRESORI U KONTEKSTU IZBJEGLIŠTVA – SEKVENCIJALNA TRAUMATIZACIJA	9
3.1. Period prije prisilne migracije	9
3.2. Period tokom migracija	10
3.2.1. Prvobitni dolazak u zemlju odredišta i život u izbjegličkom kampu	11
3.2.2. Period hronične stagnacije	12
3.2.3. Deportacija, povratak i ponovni progon	13
3.3. Postmigracijski period; Period integracije i osamostaljivanja	13
4. POSLJEDICE SOCIJALNE TRAUME NA IZBJEGLICE I DRUŠTVO	15
4.1. Mentalno zdravlje izbjeglica	15
4.2. PTSP	16
4.3. Gubitak i proces tugovanja	17
4.4. Identitet izbjeglice	18
4.4.1. Identitet i kolektivna trauma	19
4.4.2. Kulturološki identitet	21
4.5. Utjecaj na porodicu	23
4.5.1. Transgeneracijska trauma i izbjeglištvo	24
4.6. Utjecaj na društvo	25
5. PRUŽANJE PSIHOLOGIJSKE POMOĆI KORISNICIMA	29
5.1. Intervencije zasnovane na zajednici	30
5.1.1. Intervencije procesiranja kolektivne traume	31
6. PRUŽANJE PSIHOLŠKE POMOĆI KORISNICIMA	33
6.1. Individualna psihološka savjetovanja, psihoterapija i farmakoterapija	33
6.2. Grupne psihološke intervencije i debriefing	34
6.3. Krizne intervencije	35
6.3.1. Psiholška prva pomoć	36
6.4. Rad s GBV preživjelim	38
6.5. Psiholška evaluacija i pisanje psiholoških mišljenja	39
6.6. Programi prevencije mentalnog zdravlja korisnika	39
7. IZAZOVI PRUŽANJA PSIHOLŠKE POMOĆI	41
7.1. Kulturološke barijere	41
7.2. Rad s kulturološkim medijatorima i prevoditeljima	42
7.3. Stigma korisnika oko traženja psihološke pomoći	43
7.4. Sagorijevanje na poslu, sekundarna traumatizacija i kontratransfer	44
ZAKLJUČAK:	46
LITERATURA	47

1. UVOD

Krajem 2023. godine bilo je oko 117 miliona prisilno raseljenih osoba na svijetu. To predstavlja više od 1,5% ukupne svjetske populacije, odnosno 1 od 69 osoba je prisilno raseljena, od toga 40 % djece. 42% su izbjeglice, a 58% je raseljeno unutar svoje države. Ipak, brojke se stalno mijenjaju tako da je procijenjeno da se u 2024. godini broj povećao na 120 miliona prisilno raseljenih osoba. Najveći broj izbjeglica 73% dolaze iz Afganistana, Sirije, Venecuele, Ukrajine i Južnog Sudana, a 39% svih izbjeglica primaju zemlje Iran, Turska, Kolumbija, Njemačka i Pakistan, odnosno dvije od pet izbjeglica boravi u jednoj od ovih država. Prisilno raseljene osobe su primorane pobjeći od progona, sukoba, nasilja, kršenja ljudskih prava i događaja koji ozbiljno narušavaju javni red, te sve veći problem predstavljaju i klimatske promjene (UNHCR, 2024).

Zašto su ovi podaci značajni za psihologa? Mentalno zdravlje nisu samo klinički simptomi bolesti, nego su to i socijalni i politički aspekti društva u kojem živimo, a koji uzrokuju patnju (Ahsan, 2022) te u konačnici i socijalnu traumu, koja je sve prisutnija, kako vidimo iz gore navedenih statističkih podataka. Osim toga, u videu „What happens when people are forced to flee?”¹ se navodi da ovi statistički podaci nisu samo brojevi, nego se iza svakog broja krije životna priča jednog čovjeka. Ahsan (2022) navodi da kao stručnjaci za mentalno zdravlje imamo zadatak ublažiti i ličnu i kolektivnu patnju pogođenih, ne samo kroz individualnu terapiju, nego i kroz proaktivno učestvovanje u društvenim promjenama. Ona navodi da je najefikasnija terapija promjena opresivnih aspekata društva koji uzrokuju bol.

Ovaj master rad je jedan od mojih pokušaja da društveno djelujem, na način da kroz nauku promovisem mir i da ne budu zaboravljene kolektivne i lične patnje izbjeglica koje sam srela u BiH. Kroz rad ću nastojati odgovori na sljedeća pitanja:

1. Koje su psihološke i socijalne posljedice prisilne migracije?
2. Koje psihosocijalne intervencije su najučinkovitije pri radu s izbjeglicama?
3. Koje su praktične implikacije dosadašnjih saznanja za rad psihologa na kolektivnoj i individualnoj traumi s izbjeglicama?

¹ Pogledati video na Youtube, kako bi se vidjela „ljudska priča iza brojeva“: <https://www.youtube.com/watch?v=3OVgkucUiHU>

2. OPERACIONALIZACIJA GLAVNIH POJMOVA

Kroz ovo poglavlje će biti operacionalizirani glavni pojmovi koji će se koristiti u radu. Ti pojmovi su: trauma (događaj i reakcija), socijalna trauma, kolektivna trauma, migrant, izbjeglica, azilant, mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška, korisnik.

2.1. Trauma

Krupnik (2019) definiše traumu kao proces koji uključuje nekoliko elemenata: traumatski događaj, traumatska reakcija, traumatska posljedica, kao i adaptacija-suočavanje sa traumom. Green (1990) i Arambašić (2000) traumu definišu na sličan način kroz: traumatski događaj odnosno podražaj iz okoline, reakcije na traumatski događaj odnosno percepciju i procjenu događaja, te posljedice takvih događaja na pojedinca. Izraz trauma, zasebno, nije dovoljno specifičan, te ćemo kroz ovaj rad isti koristiti uz pojmove događaj, reakcija ili posljedice.

2.1.1. Traumatski događaj

Prema Arambašić (2000, str. 25) traumatski događaj je „...događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva i koji je izrazito neugodan svim ljudima...“, bez obzira na njihove raspoložive načine suočavanje i psihofizičko stanje.

Definisanjem traume kroz traumatski događaj stiče se uvid u društvene i političke aspekte ovog koncepta. Traumatski događaji mogu se klasificirati na ove uzrokovane ljudskim djelovanjem ili prirodom. Prirodni događaji često se nazivaju i „Božjim djelom“ te su uglavnom neizbježni kao što su zemljotresi, požari i poplave. Traumatski događaji nastali ljudskim djelovanjem mogu biti posljedica ljudskog propusta (tehnološke katastrofe, povrede na radu) ili namjerno izazvani (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Prema Hillebrandtu (2004; citirano kod Hamburger i sur., 2021) karakteristike traumatskih događaja izazvanih ljudskim djelovanjem su: nejednaka raspodjela i zloupotreba moći, odgovornost društvenih aktera (pojedinaac, grupa ili institucija) za nanesenu patnju, očuvanje i opravdavanje struktura traumatizacije, kršenje društvenog ugovora da se ljudima ne nanosi šteta. Traumatski događaji koji se percipiraju kao namjerno naneseni često dodatno pojačavaju reakcije na traumu kod pojedinca i zajednice (CSAT, 2014). Osim ove i druge karakteristike situacije mogu doprinijeti traumatizaciji: neizbježnost situacije (nemoć), neizvjesnost trajanja, stalna prijetnja životom, gubitak povjerenja u svijet-iskonsko povjerenje, nefunkcionalnost prijašnjih odbrambenih mehanizama

(Bettelheim,1979). Muldoon (2004) navodi da je traumatski događaj povezan sa direktnim ili indirektnim, stvarnim ili prijetecim rizikom po život i teškim povredama, uključujući seksualno nasilje, saobraćajne nesreće, žrtve nasilnog napada, rata i genocida, te svjedočenje traumatskog događaja. Traumatski događaj predstavlja i neophodan faktor za dijagnostikovanje posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja (ICD-11, WHO, 2024).

2.1.2. Traumatska reakcija

Herman (1997; prema Profaca, 2016) traumu definiše kao reakciju karakterističnu po gubitku osjećaja kontrole, povezanosti i smisla. Prema APA Dictionary of Psychology (n.d.) trauma izaziva strah, bespomoćnost, disocijaciju, zbunjenost i može imati dugotrajne negativne posljedice na stavove, ponašanje i funkcionisanje osobe. Osim toga česte reakcije na traumatski događaj su i: nepovjerenje, gubitak vrijednosti, osjećaj srama, krivnje, tuge, beznadežnost, socijalna izolacija, emocionalna otupjelost, gubitak identiteta, poremećaji sna i koncentracije te psihosocijalne poteškoće (Salman, 2017).

Reakcije na traumu se mogu podijeliti na: akutnu stresnu reakciju (tupost, poricanje, praznina, zaborav) koja se javlja odmah nakon događaja, te posttraumatsku stresnu reakciju (flashbackovi, trnci, tuga, bol, bespomoćnost) vezana za sjećanja na traumu. Ako ove reakcije prijeđu određenu mjeru bilo po intenzitetu, subjektivnom osjećaju boli, opsegu ili trajanju, nastaje patološki oblik reakcije na traumatski događaj ili posstraumatski stresni poremećaj- PTSP (Arabmašić, 2000). Mogu se javiti i depresija, psihoza, anksioznost, ovisnost i suicid, iako većina ljudi ne razvije klinički značajne simptome (WHO & UNHCR, 2015). Pored negativnih, moguć je nastanak i pozitivnih reakcija: otpornost i posttraumatski rast, koji karakteriše osjećaj ličnog razvoja, poboljšanih odnosa, smisla i novih životnih mogućnosti (Muldoon, 2024).

2.2. Socijalna ili društvena trauma

Koncept socijalne traume obuhvata niz međusobno povezanih pojmova koji uključuju psihološke i sociološke pristupe traumama. Riječ je o interdisciplinarnom okviru koji omogućava dublje razumijevanje procesa društvene traumatizacije i njenih posljedica. Kroz ovaj koncept analiziraju se dugoročne posljedice traume na porodicu, grupu i društvo, često kroz generacije. U tom kontekstu koriste se i povezani pojmovi poput izabrane traume, kulturološke, kolektivne i historijske traume, koji pomažu u

tumačenju načina na koji se trauma prenosi, internalizira i postaje dijelom kolektivnog identiteta (Hamburger, Hancheva & Volkan, 2021). Kroz literaturu socijalna trauma se objašnjava i posttraumatskim poremećajem izazvanim organiziranim nasiljem ili genocidom nad određenom društvenom grupom, gdje nije nužna direktna izloženost traumatskom događaju, nego pripadnost društvenoj grupi koja je bila izložena tom događaju (Hamburger i sur, 2021). Ovaj pojam je pod kritikom određenih autora koji tvrde da koncept socijalne traume ne pravi jasnu distinkciju između vrsta kolektivno dijeljenih traumatskih događaja, iako svaki oblik tih događaja uzrokuje specifičnu društvenu štetu i reakciju (Prager, 2011).

Kako bi ublažio ovu kritiku Abrutyn (2023) navodi četiri dimenzije traumatskog događaja koji pospješuju nastanak socijalne traume: intenzitet događaja (stvarni, zamišljeni ili konstruisani), širina utjecaja (koliko ljudi je pogođeno), trajanje događaja i uspješnost oporavka nakon događaja.

Intenzitet traumatskog događaja može se definisati brojem ljudi koji su raseljeni, povrijeđeni ili ubijeni, kao i vidljivošću, odnosno koliki je vizualno (uništenje fizičkih simbola kolektivnog identiteta) i emocionalno, traumatski događaj ostavio utisak na populaciju. Što je intenzivniji traumatski događaj to je i veća potreba za obilježavanjem tog događaja kroz rituale i memorijalne prostore, gdje se formira i obnavlja kolektivni identitet. Obilježavanje omogućava prenošenje socijalne traume horizontalno (među preživjelim i onima koji su emocionalno povezani s tim) i vremenski (kroz generacije).

Opseg traumatskog događaja podrazumijeva geografski opseg katastrofe, kao i demografski opseg odnosno broj i raznovrsnost ljudi koji su ne samo direktno, nego i indirektno doživjeli socijalnu traumu kroz mehanizme prijenosa kao što su emocije (npr. empatija), interpretacije, narativi i društvena bol (Abrutyn, 2023). Kroz literaturu navedeno je da se trauma transgeneracijski može prenositi kroz svjesni i nesvjesni prijenos simptoma putem međuljudskih odnosa, kroz porodični sistem i komunikaciju, prijenosom društvenih normi i uvjerenja, te genetskim i epigenetskim putem (Langer i sur., 2023).

Događaj koji traje duže, ponavlja se višestruko (podsjetnici na traumu) ili ima dugotrajnije efekte (svakodnevna diskriminacija i stigma) vjerovatnije će rezultirati socijalnom traumom, mada i kratki, ali intenzivni događaji mogu na isti način djelovati (Abrutyn, 2023). Kao posljednja dimenzija navodi se uspješnost oporavka

od efekata socijalne traume kroz materijalne, psihosocijalne i kulturološke resurse (Abrutyn, 2023).

2.3. Kolektivna trauma

Kolektivna trauma se kroz literaturu definiše na različite načine, te koristi kao sinonim i naizmjenično s pojmovima historijska, masovna, kompleksna, društvena, nacionalna, kulturološka, među/transgeneracijska i međugrupna trauma. Definicije se često preklapaju i međusobno su povezane (Cypress, 2021). Postoji neslaganje kod stručnjaka iz ovog područja, oko pitanja zašto je trauma kolektivna? Neki autori ističu da je trauma kolektivna zato što zahvata veću grupu ljudi ili cjelokupno društvo, dok drugi smatraju da je trauma kolektivna jer se prenosi kroz kulturu, bilo putem diskursa ili kroz generacije, prijenosom iskustva (Langer i sur., 2023).

Langer i sur., (2023, str. 34) su na generalan i cjelovit način definisali kolektivnu traumu, uzimajući u obzir gore navedene aspekte neslaganja. Oni navode da je kolektivna trauma,, okvirni koncept za opisivanje percipiranih i doživljenih iskustava nasilja, nepravde i patnje u društvu, koje nadilazi individualno, direktno ili porodično iskustvo, i služi za razumijevanje psihosocijalne i sociopolitičke dinamike u društvu.“ Cypress (2021) kolektivnu traumu definiše kao traumu na makro nivou - traumu većeg razmjera, koja pogađa cijelo društvo, a ne samo kao zbir individualnih trauma. Larson i Shookdeo (2023), također navode da kolektivna trauma pogađa grupu ljudi, a ne samo pojedince, koji doživljavaju isti traumatski događaj sa sličnim posljedicama, čak i kroz generacije. Kolektivna trauma obično se odnosi na traume ukorijenjene u ugnjetavanju ili diskriminaciji manjinske grupe od strane dominantne grupe kroz npr. rodno zasnovano nasilje, mikroagresiju, makroagresiju. Ipak, može zahvatiti i različite zajednice, kao i društva npr. kroz pandemiju, prirodne nepogode. Kolektivna trauma zahvata i cijele sisteme - državne i nedržavne, koji održavaju diskriminaciju, rat, političke i vjerske progone, trgovinu ljudima i mučenja (APA, 2023).

Hirschberger (2018) kolektivnu traumu opisuje kroz reakciju - konstrukcije transgeneracijskog kolektivnog identiteta. Traumatski događaj vodi ka stvaranju novih kolektivnih identiteta npr. izbjeglice i jačanju granica među njima (Muldoon, 2024). Za preživjele, sjećanje na traumu služi kao mehanizam opstanka grupe, dok za počinitelje ono prijete kolektivnom identitetu, što može dovesti do poricanja, iskrivljavanja sjećanja ili preuzimanja odgovornosti. Kolektivno sjećanje grupe (kao

jedna od reakcija posljedica na traumu) ne uključuje samo reprodukciju događaja, nego i kontinuiranu rekonstrukciju traume u pokušaju da se razumije (Hirschberger, 2018).

Koncept kolektivne traume prepoznat je i u ICD-11 klasifikaciji (WHO, 2024) u okviru kulturoloških razmatranja KPTSP-a, gdje se kolektivna patnja i raspad društvenih veza navode kao ključni faktori u razvoju simptoma posebno kod migranata i izbjeglica. Također, kolektivna trauma u realnom životu je vidljiva kroz primjer Sirije, gdje su ratne posljedice na društvo velike: oko 470.000 ubijenih, 1,9 miliona ranjenih, te više od 12 miliona izbjeglih i interno raseljenih. Ovaj dugotrajni sukob ozbiljno je narušio društvene veze i strukture zajednice (Bachleitner, 2022). Zbog pada režima Asada krajem 2024. godine, moji korisnici sirijskog porijekla izražavaju nadu, ali i skeptičnost. Ističu da ih poboljšana sigurnost potiče na razmišljanje o povratku, ali postoji sumnja u liderstvo al-Julania zbog njegove radikalne prošlosti.

Već smo naveli da se unutar literature koriste različiti sinonimi za pojam socijalne traume što proizilazi iz potrebe autora da prilagode taj pojam specifičnih oblastima i elementima kolektivnog traumatskog događaja kojeg istražuju i koji žele naglasiti. Kroz ovaj rad koristit ću koncept kolektivne i socijalne traume budući da analizom literature nalazimo oba pojma u kontekstu prisilne migracije.

2.4. Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška i intervencije

Pojmovi mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška su blisko povezani i preklapaju se, humanitarne organizacije izvan zdravstvenog sektora obično koriste termin psihosocijalna podrška, dok organizacije unutar zdravstvenog sektora uglavnom koriste pojam mentalnog zdravlja (IASC, 2007).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije „...mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kojem svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodonosno i sposoban je pridonositi svojoj zajednici „ (WHO, prema Britvić i Štrkalj, 2019 str. 6). Intervencije za mentalno zdravlje se fokusiraju na liječenje mentalnih stanja putem personalizirane njege. U ove intervencije ubrajamo psihoterapiju, psihoedukaciju za klijente i njihove porodice te farmakološki tretman (Groves i sur., 2021).

„Psihosocijalna podrška (PSP) je proces fizičkog i psihičkog osnaživanja pojedinca, njegove obitelji i socijalnog okruženja kako bi u sebi ili svojoj okolini

pronašao ili stekao snage i načine za uspješno suočavanje sa stresom i brže uključio u svakodnevni život“. Pružanje rane i adekvatne psihosocijalne podrške može spriječiti razvoj težih poteškoća mentalnog zdravlja (Juen i sur., 2018, str. 9). Psihosocijalne intervencije se fokusiraju na smanjenje stresa kroz promjene u okruženju i kroz pružanje relevantnih informacija i vještina koji se mogu lako distribuirati (Groves i sur., 2021).

2.5. Migrant, izbjeglica, tražitelj azila, supsidijarna zaštita, međunarodna zaštita

Termin migrant nema univerzalno prihvaćenu definiciju i obuhvata širok spektar pojmova. Dok s druge strane termin izbjeglice je jasno definisan međunarodnim i regionalnim pravom, a države su složne oko skupa pravnih obaveza koje imaju prema njima (WHO, 2019).

Termin migrant se isključivo odnosi na proces preseljenja iz jednog mjesta u drugo, bez obzira na razlog, kao i posljedice tog preseljenja na životne okolnosti. Postoji podjela na dobrovoljnu migraciju na primjer zbog studiranja, rada, te prisilnu migraciju, kao što je to slučaj s tražiteljima azila i izbjeglicama (Bhugra i sur., 2010).

Prema međunarodnom pravu izbjeglice se definišu kao osobe: ” ... koje su izvan svoje zemlje porijekla i čiji su životi i ljudska prava ozbiljno ugroženi zbog onoga ko su oni (npr. njihova rasa, nacionalnost, društvena skupina) ili u što oni vjeruju (npr. njihova vjerska uvjerenja ili političko mišljenje) i koje njihove vlade neće ili ne mogu zaštititi. Izbjeglice zakonski imaju određena prava i pravo na zaštitu od prisilnog povratka u zemlju porijekla. Uskraćivanjem tih prava može imati potencijalno smrtonosne posljedice za njih“ (IOM i UNHCR, 2018, str. 3).

Osobe koje stignu u stranu zemlju i podnesu zahtjev za status izbjeglice, prije nego što im taj status bude odobren ili odbijen, imaju status tražitelja azila- azilant (UNHCR USA, n.d.).

Supsidijarna zaštita se odobrava osobama koje ne ispunjavaju uslove za izbjeglički status, ali se ne mogu vratiti u zemlju porijekla zbog stvarnog rizika od ozbiljnog kršenja ljudskih prava, poput smrtne kazne, mučenja ili nasilja u oružanom sukobu (UNHCR BiH, n.d.)

Međunarodna zaštita označava izbjeglički status i status supsidijarne zaštite koje nadležno tijelo priznaje izbjeglici ili strancu koji ispunjava uslove za zaštitu (Služba za poslove s strancima, n.d.).

Kroz ovaj rad, pojam izbjeglica će biti korišten kako bi se istom označile sve osobe pod međunarodnom zaštitom tj. tražitelji azila, osobe pod supsidijarnom zaštitom i osobe sa statusom izbjeglice.

2.6. Korisnik

„ Osoba ili obitelj koja je zbog svojih kompleksnih potreba dobrovoljno i na temelju informiranog pristanka uključena u proces pružanja podrške. Aktivno surađuje s pomagačem u svim aspektima provedbe procesa pružanja podrške “ (Stiplošek i Vudrić, 2016 str. 4)

3. STRESORI U KONTEKSTU IZBJEGLIŠTVA – SEKVENCIJALNA TRAUMATIZACIJA

Kako razgovor o socijalnoj traumi zahtjeva uzimanje u obzir i društvenog konteksta, koji je prema autorima od ključne važnosti za tretman korisnika (Hamburger i sur., 2021), kroz ovo poglavlje ćemo kontekstualizirati iskustvo izbjeglica, kako bi i kao psiholozi osvijestili utjecaj društvenih i političkih faktora na psihoterapijski proces s njima. „Psihoterapija može biti korisna samo ako se odnosi na poboljšanje društvene i političke situacije izbjeglica, pošto trauma za izbjeglice ne završava bijegom iz zemlje, ma kako ova misao mogla biti udobna.“ (Birch, 2002; prema Hamburger i sur., 2021 str. 24). Izbjeglice traumatizirajuće događaje često doživljavaju sekvencijalno. Osim što se suočavaju sa traumatskim događajima u zemlji porijekla i tranzitnim zemljama, suočavaju se i sa specifičnim stresorima vezanim za zemlju stalnog boravka (Böttche, Heeke, Knaevelsrud, 2016).

Sekvencijalna traumatizacija podrazumijeva da trauma nije jedinstven događaj, nego stalni proces kojeg oblikuju vanjski događaji i odnosi osobe s okolinom, a traumatske reakcije utječu ne samo na ličnost, nego i društvo. Iskustvo izbjeglica može se razumjeti kroz sljedeće faze sekvencijalne traume: period prije prisilne migracije, period tokom migracije, period prvobitnog dolaska u zemlju trajnog boravka, period hronične stagnacije, period prijetnje deportacije i period ponovnog migriranja (Beck, 2019, prema Jäckle i sur., 2017).

3.1. Period prije prisilne migracije

Socijalna trauma je često glavni razlog za migraciju. U zemlji porijekla izbjeglice su izložene višestrukim traumatskim događajima: ratni zločini, stalni osjećaj nesigurnosti, strah za život i tijelo, gubitak bližnjih i ekstremno nasilje, također mogu biti uskraćeni za pristup hrani, zdravstvenim uslugama i obrazovanju, djeca mogu biti razdvojena od roditelja, a u najekstremnijim slučajevima mogu biti zatvoreni u koncentracione logore, silovani ili prostituirani, biti izloženi mučenju kao i direktno biti uključeni u borbe (Klingman, 2006; prema Hamburger i sur., 2021). Osim gore navedenih Westermeyer i sur., (1991) navode i stresore kao što su priprema za bijeg i poteškoće oko obezbjeđivanja resursa potrebnih za odlazak, separacija od porodice, porodične rasprave i neslaganja oko donesene odluke, kao i osjećaji kajanja i krivnje. Ratna i iskustva nasilja izazivaju i osjećaj ekstremne bespomoćnosti, kao i osjećaj ambivalentnosti prema porodici, gdje s jedne strane osjećaju jaku povezanost

istoj, dok s druge strane potiskuju osjećaj ljutnje i nepripadanja prvobitnoj zajednici (Jackle i sur., 2017). Migranti često u ovoj fazi traže pomoć i od krijumčara ljudi, koji im uz naknadu pomažu u falsifikaciji dokumenata, daju upute, pružaju sredstava za bijeg i prijevoz (IOM, n.d.).

Westermeyer i sur., (1991) navode da su stresori sa kojima se izbjeglice suočavaju prije i tokom donošenja odluke o odlasku iz zemlje porijekla, dovoljni da izazovu poteškoće u prilagođavanju u zemljama odredišta.

Jedan od mojih korisnika iz Afganistana opisao je svoje iskustvo prije migracije: „Odluka da napustim Iran desila se preko noći, prijatelji su me pozvali i ja sam krenuo. Nisam se ni pozdravio sa roditeljima, jer sam znao da će me spriječiti, pobjegao sam sa svojih 14. godina, a sada porodicu nisam vidio već 9 godina. Kada sam krenuo, držao sam svoju najmlađu sestru u naručju, sada već ima 10 godina.“ Kao razlog napuštanja Irana navodi nemogućnost nastavka školovanja i hostilan pristup domaćeg iranskog stanovništva prema Afganistancima. Njegova porodica je napustila Afganistan jer su Hazari- šijjska manjina koja se diskriminiše u toj zemlji. Međutim, njegova porodica trenutačno razmišlja da se ponovo vrati u Afganistan zbog hostilnosti, diskriminacije i nasilja koju Afganistanci doživljavaju i u Iranu.

3.2. Period tokom migracija

Tokom migracijskog puta izbjeglice se suočavaju s po život opasnim situacijama, kao što su prelasci granica. Mnogi umiru ili izgube saputnike (Hamburger i sur., 2021). Vrlo često su ovisni i o krijumčarima ljudi ili policiji kojoj se moraju pokoravati (Jackle i sur., 2017). Migranti su tokom putovanja izloženi nasilju, zlostavljanju, neki su odvojeni od svoje porodice i bližnjih, nedostaju im osnovna sredstva za život poput hrane, vode, skloništa (Griffin, 2018).

Istraživanje provedeno u Srbiji, pokazalo je da više od 80% izbjeglica biva u životno prijetjećoj opasnosti tokom perioda prelaska iz jedne države u drugu, te da su tokom puta doživjeli u prosjeku deset traumatskih događaja (Vukčević Marković i sur., 2023). Jedna od novijih pojava na granici između Hrvatske i BiH, jesu grupe migranata uglavnom iz Afganistana koje presreću druge migrante u pokušaju prelaska granice, te ih zadržavaju protiv njihove volje, prijete smrću i zahtjevaju otkup od njihovih porodica u zemlji porijekla. Također, učestale su i pojave nasilnih pushbackova – prisilna vraćanja migranata preko granice bez odgovarajućih pravnih postupaka, često uz upotrebu sile, što predstavlja kršenje međunarodnog prava

(BVMN, 2022). Jedan korisnik porijeklom iz Sijera Leone opisao je kako su ih policajci, uz pomoć dronova i agresivnih pasa, hvatali u šumama Sjeverne Makedonije. Često se migrantima oduzimaju osnovne potrepštine poput hrane, odjeće, obuće, novca i mobilnih telefona, a prijavljeni su i slučajevi psihološkog i fizičkog nasilja, uključujući prijetnje, vrijeđanja, udarci, poljevanje vodom i uskraćivanje medicinske pomoći (Vukčević Marković i sur., 2023). Izbjeglice koje su doživjele pushback pokazuju izraženije simptome depresije, anksioznosti i PTSP-a, a posebno su teška iskustva ponovljenih pushbackova (Isto).

Nisu ni rijetke ozbiljne fizičke povrede nastale zbog padova pri migraciji. Tako se korisnik porijeklom iz Somalije okliznuo prelazeći brdovita područja u Srbiji i toliko povrijedio nogu da mu je jedina opcija bila amputacija iste, dok je drugi porijeklom iz Pakistana pao s mosta i povrijedio kičmu, zbog čega su bile neophodne dvije operacije uz dugotrajan oporavak.

3.2.1. Prvobitni dolazak u zemlju odredišta i život u izbjegličkom kampu

Traumatski događaji mogu biti vezani i za početni period dolaska u zemlju odredišta, kao što je boravak u kampovima. Stresori sa kojima se izbjeglice susreću unutar kampa su: segregacija od lokalnog stanovništva, neadekvatni resursi, nedostatak privatnosti, prenapučenost, osjećaj gubitka kontrole, nedostatak svijesti uposlenih o kulturološkim razlikama i neosjetljivost prema potrebama specifičnih zajednica, sukobi unutar kampova (Westermeyer i sur. 1991). Jović i sur., (2004) navode da život izbjeglica u kolektivnim centrima otežava uslove življenja, porodični život, kao i odgajanje djece. Stresori karakteristični za ovaj period su i uskraćivanje radne dozvole, ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti, forme boravka koje razdvajaju porodicu i prijatelje, kao i pasivna, nametnuta čekanja na ishod procesa azila (Hamburger i sur., 2021). Tokom rada u kampovima identificirala sam brojne stresore: nehigijenski uslovi uprkos dezinfekcijama, krađe, nemogućnosti zaključavanja soba, prisustvo krijumčara, upotreba opojnih sredstava te poteškoće u kontroli prisustva oružja. Kontejneri su neadekvatni za život, a neki centri udaljeni od gradova što otežava integraciju i zapošljavanje. Zabilježeni su i slučajevi zloupotrebe žena koje se lažno predstavljaju kao članice porodice kako bi muškarci ostvarili pristup porodičnim kampovima ili lakše prešli granicu.

U istraživanju Maier i Straub (2011; prema Theisen-Womersley, 2021) jedna trećina ispitanika je izjavilo da su njihove trenutačne životne okolnosti, a ne prošli

traumatski događaji, predstavljali glavni uzrok stagnacije mentalnog zdravlja, posebno navodeći loše uslove u kampovima, koji su kod ispitanika izazivali osjećaj zarobljenosti, nesigurnosti i beznadežnosti.

3.2.2. *Period hronične stagnacije*

Ovaj period je karakterističan po nepromjenjivosti, neizvjesnosti i nesigurnosti u vezi s budućnosti (Jackle i sur., 2017). To produženo stanje neizvjesnosti traje i kada su izbjeglice fizički sigurne, zbog osjećaja frustriranosti uzrokovanog neizvjesnim životnim prilikama, ograničenosti osnovnih životnih potreba i javnih usluga, što u krajnosti sve utječe i na pogoršanje mentalnog zdravlja (Hamburger i sur., 2021). Prema Böttche i sur., (2016) postmigracijski stresori osim što mogu biti individualni u koje ubrajamo doživljenu diskriminaciju, gubitak socijalnih kontakata i jezičke poteškoće, također mogu biti institucionalni stresori u koje među ostalim ubrajamo pravne probleme oko statusa boravka, proces traženja azila, sudski proces, smještaj u kolektivne centre - kampove i ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti. Studija Laban i saradnika je pokazala povezanost između dužine trajanja postupka azila i lošijeg mentalnog zdravlja izbjeglica (Böttche i sur., 2016).

U uzorku od 200 tražitelja azila u Italiji njih 86,9% je izjavilo da imaju neki vid poteškoće nakon dolaksa u zemlju odredišta, koje su bile značajno povezane s dijagnozom PTSP-a. Među tim poteškoćama naveli su: neizvjesnost i strah od budućnosti (18.8%), briga za porodicu u zemlji porijekla (13.8%), sukobi s vlastima (11%), strah od odbijanja zahtjeva za azil (8.8%), osjećaj zanemarenosti (7.2%), nemogućnost integracije (7.7%), dugotrajno čekanje na odluke o statusu (5.5%), nedostatak svakodnevnih aktivnosti (3.9%), usamljenost i dosada (2.2%), kao i druge poteškoće kao što su osjećaj nepravde i gubitak kontrole nad životom (MSF, 2016).

Također, tokom saslušanja u postupku azila, podnositelji zahtjeva moraju opisati razloge bijega i predložiti potencijalne dokaze koji podržavaju njihove tvrdnje. Postoje dokazi da saslušanje, posebno kod osoba koje su doživjele traumatska iskustva rata i torture, može povećati intruzivne misli, a također studija provedena na izbjeglicama s PTSP-om pokazala je da intenzivni stres značajno ometa pohranjivanje i prizivanje zapamćenih informacija (Böttche i sur., 2016). Istraživanja također pokazuju da je nesiguran status boravka jedan od najznačajnijih prediktora mentalnih poremećaja, uključujući PTSP, depresiju, hroničnu brigu i socijalnu izolaciju (Theisen-Womersley, 2021).

3.2.3. *Deportacija, povratak i ponovni progon*

Faza povratka, unutar sekvencijalnog modela traumatizacije migranata, nastupa nakon donesene odluke o azilu. Osobe kojima je zahtjev za azil odbijen suočavaju se s prisilnom deportacijom ili readmisijom, te ponovo postaju povratnici, a često i migranti, čime se ciklus traume ponavlja (Jackle i sur., 2017; IOM, n.p.). Kroz istraživanje Morrisa i Palazuelosa (2015) utvrđena su tri faktora koja objašnjavaju kako deportacija negativno utiče na zdravlje migranata: napuštanje porodice i reintegracija u strani način života, finansijski pritisak zbog gubitka zaposlenja i nemogućnosti slanja novca porodici te izloženost široko rasprostranjenom nasilju zbog statusa deportovane osobe. Prije same deportacije, migranti se smještaju u imigracione- tipovi zatvorenog centra. Prema jednom metaistraživanju simptomi anksioznosti, depresije i PTSP su bili izraženiji kod pritvorenih u odnosu na nepritvorene migrante. Osim toga, dužina pritvora je pozitivno povezana s težinom mentalnih simptoma, kao i s prethodnom izloženosti s traumom (Werthern i sur., 2018).

S druge strane, oni kojima je odobren status izbjeglice postaju građani zemlje domaćina i imaju za cilj daljnju integraciju (Beck, 2019; prema Jackle i sur., 2017; IOM, n.p.). Lamkaddam i saradnici (prema Böttche i sur., 2016) pokazali su da se mentalno zdravlje izbjeglica poboljšava sa dobivanjem statusa boravka. Međutim, ovo poboljšanje nije bilo direktno povezano sa samim dobijanjem statusa, već je bilo posredovano poboljšanjem životnih uslova, posebno zaposlenjem i dobivanjem socijalne podrške.

3.3. Postmigracijski period; Period integracije i osamostaljivanja

Nakon početnog perioda relativnog prilagođavanja i poboljšanja mentalnog stanja, može doći do pogoršavanja situacije kod izbjeglica, uzrokovano među ostalim i sljedećim stresorima: odricanje od svojih ambicija i smanjenje očekivanja, ostvarivanje nižeg društvenog statusa od onog kojeg su imali u zemlji porijekla, kao i smanjenje utjecaja kojeg su imali u društvu, radnim mjestima i porodici, to može dovesti i do finansijskih, profesionalnih i bračnih problema. Izbjeglice se također suočavaju s problemima s identitetom zbog gubitka individualnosti, kao i osjećajem beznađa, niskim samopouzdanjem, socijalnom izolacijom i promjenama u načinu življenja- kulturološki šok i modernizacija (Westermeyer i sur., 1991). I dalje mogu imati loše životne i radne uvjete, biti nezaposleni, imati poteškoće u ostvarivanju

prava, može doći do promjene politike u zemlji prebivališta, rasizma i segregacije, napetosti između domaćeg stanovništva i izbjeglica, a postoji i dalje mogućnost deportacije (WHO, 2021).

U istraživanju provedenim u Sjedinjenim Američkim Državama sa izbjeglicama iz Zapadne Afrike, utvrđeno je da su izbjeglice nakon migracije bile suočene s finansijskim poteškoćama, problemima sa zapošljavanjem, diskriminacijom na radnom mjestu (npr. rad na slabije plaćenim poslovima), probleme sa statusom i smještajem. Kroz istraživanje je također utvrđeno da su prvi mjeseci nakon dolaska u zemlju odredišta predstavljali najteži period i da često izbjeglice i tražitelji azila rade bez radne dozvole- neregistrovani poslovi (Chu i sur., 2013).

Socijalna trauma se očituje i kroz kulturu domaćina, gdje građani države dolazak izbjeglica doživljavaju kao prijetnju ekonomskoj i društvenoj stabilnosti, kao i kulturološkom identitetu (Hamburger i sur., 2021). Način na koje će izbjeglice biti primljene u nekoj zemlji i koja se politika provodi u vezi sa procesom azila, zavisi od trenutne političke i ekonomske situacije, prevladavajućeg stava društva prema izbjeglicama, mogućem pristupu zajednici i dostupnosti profesionalne i neprofesionalne pomoći (Ingleby, 2005). Istovremeno, izbjeglice se suočavaju s izazovima prilagođavanja novoj kulturi, što može dovesti do krize identiteta zbog razlika u vrijednostima, običajima, jeziku i svakodnevnim navikama (Hamburger i sur., 2021). Kroz sljedeće poglavlje bavit ćemo se detaljnije ovom problematikom.

4. POSLJEDICE SOCIJALNE TRAUME NA IZBJEGLICE I DRUŠTVO

Kroz ovo poglavlje bavit ćemo se posljedicama koje socijalna trauma ostavlja na pojedince pogođene prisilnom migracijom, ali i na šire društvene strukture.

4.1. Mentalno zdravlje izbjeglica

Procjene Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2022) pokazuju da većina ljudi u vanrednim situacijama doživljava stres, koji se vremenom smanjuje. Jedna od pet osoba (22%) koja živi na području pogođenim sukobom ima mentalno zdravstvenih probleme. Blage oblike psiholoških simptoma ima jedna od osam osoba (13%), umjerene 1 od 25 osoba (4%), te teške psihološke poremećaje (šizofrenija, bipolarni poremećaj, teška depresija, PTSP, anksioznost) ima 1 od 20 osoba (Charlson i sur., 2019). Ipak, ovi simptomi variraju u odnosu na različite faktore kao što su npr. ozbiljnost vanredne situacije, dostupne podrške unutar zajednice i sistema za mentalnu i socijalnu brigu. Žene općenito imaju veću prevalenciju mentalno zdravstvenih problema (WHO, 2023), a globalno 8% djece, uzrasta od 5 do 9 godina i jedan od sedam adolescenata (15%) ima mentalno zdravstvenih problema (WHO, 2022.).

Porter i Haslam (2005) su kroz metaanalizu istraživali razlike u mentalnom zdravlju između izbjeglica, interno raseljenih osoba te neizbjegličkih populacija i identificirali su moderatore koji doprinose razlikama u mentalnog zdravlju. Rezultati su pokazali da su izbjeglice imale lošije mentalno zdravlje u poređenju s uzorkom koji nisu izbjeglice. Nadalje, lošije mentalno zdravlje je utvrđeno kod izbjeglica koje su živjele u institucionalnom smještaju, onih čije su radne mogućnosti bile ograničene, onih koje su bile vraćene u zemlju iz koje su prethodno pobjegli te izbjeglica iz zemalja gdje i dalje traju sukobi. Lošije mentalno zdravlje je bilo povezano i sa starijom dobi, višim obrazovanjem i boljim socijalnim statusom prije raseljenja.

Blackmore i sur., (2020) su imali za cilj utvrditi prevalenciju mentalnih oboljenja - PTSP-a, depresije, anksioznog poremećaja i psihoze. Analizirali su 26 istraživanja sa ukupno 5.143 odraslih izbjeglica i tražitelja azila iz 15 različitih zemalja. Rezultati su pokazali da je prevalencija PTSP-a iznosila 31,46%, a depresije, 31,5%, što je značajno više nego u općoj populaciji (3,9% za PTSP i 12% za depresivne poremećaje). Ne postoji značajna razlika u prevalenciji između osoba raseljenih kraće od 4 godine i onih raseljenih duže. Prevalencija anksioznosti među izbjeglicama i tražiteljima azila iznosila je 11%, što je niže u odnosu na opću populaciju (16%).

Anksiozni poremećaji su češći među osobama koje su raseljene manje od 4 godine, što može biti povezano s neizvjesnošću procesa migracije. Prevalencija psihoze iznosila je 1,51% što je također niže od opće populacije (3%). Interesantni su i rezultati da istraživanja provedena uz pomoć prevoditelja pokazuju veću prevalenciju PTSP-a i depresije u poređenju s intervjuima vođenim na maternjem jeziku, što ukazuje na potencijalne utjecaje jezičkih i kulturoloških razlika na procjene. Rezultati istraživanja ukazuju da značajan dio odraslih izbjeglica pati od mentalnih poremećaja.

4.2. PTSP

Postoje razilaženja oko konstrukta PTSP-a posebno vezanih za osobe koje su preživjele socijalnu traumu i utjecaja na mentalno zdravlje populacija iz nezapadnih kultura, posebno izbjeglica (Silove i sur., 2007). S jedne strane autori navode da se ne treba preuveličati zastupljenost i utjecaj PTSP-a, kako svijest o drugim problemima, posebno socijalne prirode ne bi bili zanemareni. Kako smo vidjeli prevalencije PTSP-a su veće u odnosu na druge psihološke poremećaje kod izbjeglica. Prema autorima za to postoji nekoliko razloga: zanemarivanje drugih psiholoških potreba, prikupljanje podataka korištenjem dijagnostičkih instrumenata koji nisu validirani za izbjegličku populaciju, mišljenje da će to izazvati veći interes za žrtve trauma, pre naglašavanje brojki (Ingleby, 2005). Primjer toga je istraživanje iz Sjevera Leone (De Jong i saradnici, 2000; prema Ingleby, 2005) gdje se pokazalo da čak 99% ispitanika ima rezultate koji bi u zapadnoj Europi ukazivali na težak oblik PTSP. S druge strane, ima autora koji sve češće upućuju kritike ideji da masovna trauma ima štetan učinak na mentalno zdravlje populacije u različitim kulturama. I ovaj stav je problematičan, jer postoji rizik da ako su gore navedene tvrdnje netačne onda će preživjeli traume, najčešće najranjivije kategorije- izbjeglice, biti uskraćene i ovih intervencija i njihove potrebe neće biti prepoznate (Silove i sur., 2007).

Kako bi se postigao napredak u rješavanju ovih razilaženja, odnosno relevantnost traume u različitim kulturama, autori su izvršili istraživanje na vijetnamskoj populaciji izbjeglica u Australiji. Otkrili su da se simptomi PTSP-a mogu identificirati u ovoj kulturi i pokazali da je trauma ostala izrazito snažan prediktor PTSP-a i drugih poremećaja, među Vijetnamcima, čak i nakon 11 godina preseljenja. Ipak, rezultati sugerišu i slabljenje efekata traume tokom vremena, posebno kod populacija koje su sigurno smještene u zemljama domaćina. Vijetnamcima je omogućena podrška kroz program preseljenja u Australiju, pri čemu

su gotovo svi članovi zajednice dobili trajni boravak po dolasku, mogućnost spajanja porodica, pristup punom spektru javnih usluga i neograničene obrazovne i radne mogućnosti (Silove i sur., 2007). Zaključno možemo kazati da niti jedan niti drugi ekstrem ne idu u korist izbjegličkoj populaciji, nego da se PTSP, treba tretirati kao i svi ostali mentalni poremećaji, da isti postoji i kroz druge kulture, ali da se ne treba smatrati jedinim i najznačajnijim poremećajem izbjegličkih populacija.

4.3. Gubitak i proces tugovanja

Migracija predstavlja proces višestrukih gubitaka, izgubljeni su rođaci, porodica i voljene osobe koje su davale osjećaj pripadnosti, ali gube se i ključne komponente identiteta, zemlja, kultura i jezik. Izgubljen ili poremećen je i osjećaj sigurnosti i zaštite, te zamijenjen osjećajem straha i anksioznosti (Hamburger, 2021). U intrapersonalne gubitke izbjeglica se ubrajaju gubitak kontrole, autonomije, sigurnosti, identiteta, samopoštovanja, vjere u budućnost, osjećaja pripadnosti, povjerenja, prošlosti i smisla za životom. Dok u vanjske gubitke izbjeglica spada gubitak članova porodice, prijatelja, doma, zajednice i zemlje, posla, škole, novca i drugih materijalnih dobara, fizičkog zdravlja, religije, kulture, jezika, poznate sredine. Za neke od ovih gubitaka, ne postoje formalni rituali žalovanja, što doprinosi osjećaju čežnje i uznemirenosti (Jones, 2020). S gubitkom je povezan i sam proces tugovanja, koji se ponekad suzbija, jer okolnosti nisu adekvatne za počinjanje istoga. Ipak, neriješeno tugovanje ima utjecaja na psihičko funkcionisanje i može se prenijeti transgeneracijski (Hamburger i sur., 2021). Kako bi se razvila otpornost kod izbjeglica i započeo proces tugovanja značajno je nekoliko faktora: održavanje prirodnih procesa kao što su igra, san, procesi i rituali zajednice. U te procese i rituale zajednice ubrajaju se dijeljenje, sjećanje i pronalaženje snage u pričama o porodici i zajednici, legendama i vrijednostima. Ovaj proces je značajan kako bi se spriječilo uspostavljanje identiteta na društvenoj traumi i marginalizacija. Također značajno je uspostaviti prekinute veze, kroz pronalazak i spajanje porodice i potvrditi nestanak članova, kao i uspostavljanje kulturološki specifičnih rituala žalovanja (Hamburger i sur., 2021).

Ipak, nekada se uobičajeni rituali žalovanja ne mogu provesti zbog sukoba, katastrofa, raseljavanja, neizvjesnosti oko nestalih članova porodice ili zbog toga što se tijelo izgubilo, neprimjereno tretiralo ili sahranjeno u masovne grobnice. Ti masovni gubici onemogućavaju normalnu podršku, jer su svi pogođeni i teško mogu

preuzeti ulogu za brigu i tješjenje (Jones, 2020).

Kulturološko tugovanje obuhvata iskustvo masovih gubitaka i gubljenja osjećaja porijekla, što proizlazi iz gubitka društvene strukture, kulturoloških vrijednosti i ličnog identiteta. Nastavlja se život u prošlosti, te na taj način ometa svakodnevno funkcionisanje, osjeća se krivica zbog napuštanja kulture ili domovine, zaboravljanju uspomene na prošlost, osjećaju obavezu da ispune želje preminulog. Najbolji način rješavanja ovih simptoma jeste obnavljanje kulturoloških praksi uz uobičajenu terapiju (Jones, 2020).

Također, jedan od specifičnih oblika gubitka kod izbjeglice jeste neodređeni gubitak (ambiguous loss) koji podrazumijeva stanje neizvjesnosti oko gubitka voljene osobe, ali taj gubitak nije jasan ili konačan. Primjeri neodređenih gubitaka su nestanak u ratu, otmice, prirodne katastrofe, gubitak na putu migracija, gdje nije poznato da li je ta osoba mrtva ili živa. U tim situacijama proces žalovanja bi označavao gubitak nade, izdaja i napuštanje, ali sami nastavak nadanja podrazumijeva živjeti s anksioznosti, stalno se preokupirati time i tražiti, te sprečava započinjanje novog života. Posljedice toga mogu biti i raspad porodice zbog mišljenja o tome šta se desilo sa nestalom osobom, mogu biti izolovani od zajednice, može doći do stigmatizacije, kulturološkog ili duhovnog stresa jer se ne mogu sprovesti rituali žalovanja.

Do danas su se najkorisnijim terapijskim pristupima pokazali oni koji nude grupnu podršku, sprečavaju izolaciju i pomažući u obnovi resursa (Jones, 2020).

4.4. Identitet izbjeglice

Izbjeglički identitet je složen i nije samo oblikovan unutrašnjim osjećajima, uvjerenjima, tradicijom, etičkim i kulturološkim faktorima sa kojima su odrastali, već i faktorima kao što su put migracije, ali i kulturološki, ekonomski, politički i društveni uvjeti nove zemlje domaćina (Burnett, 2013). Višestruki riziko faktori povezani s prisilnim migracijskim putem mogu negativno utjecati na razvoj identiteta mladih osoba iz izbjegličke populacije (Shahimi i sur., 2024).

Također, u savremenom svijetu postoji fenomen, da prebivalište osobe oblikuje njen identitet i pogled na svijet (Mueller, 2023). Kako izbjeglice tokom putovanja, ali i čekanjem na status u kampovima, nemaju stalno boravište percipiraju se i kao ljudi bez mjesta, što može djelovati na njihovu sliku o sebi (Burnett, 2013). Kada im je azil odobren, pojedinci se suočavaju s odlukom hoće li i na koji način postati dio novog društva (Burnett, 2013). Štaviše, iskustva nakon preseljenja, poput

akulturacije, jezičnih barijera, rasizma i vršnjačkog nasilja mogu negativno utjecati na proces izgradnje identiteta mladih izbjeglica (Shahimi i sur., 2024). Istraživanje koje su proveli Shahimi i sur., (2024) bavilo se problemom kako mladi s iskustvom izbjeglištva percipiraju svoj lični identitet, koja je uloga porodice, vršnjaka i školskog okruženja u oblikovanju identiteta, te kako društvene norme, kulturološki kontekst i drugi društveni faktori utiču na proces formiranja identiteta. Rezultati su pokazali da postoje dvije dominantne oblasti u vezi s načinom kako mladi s iskustvom izbjeglištva doživljavaju sebe: kroz osjećaj samostalnosti i nade u budućnost, te kroz negativne percepcije i pripisivanje etiketama. Ove domene ukazuju na to da mladi aktivno učestvuju u oblikovanju vlastitog identiteta, odbijajući pasivno prihvatanje identitetskih oznaka koje im društvo nameće, te da osjećaj kontrole nad vlastitoj budućnosti igra ključnu ulogu u njihovom razvoju i integraciji.

Nadalje, iako su porodica, odnosi s vršnjacima i škola bili ključni faktori podrške u razvoju pozitivnog osjećaja identiteta, izazovi nakon migracije, poput nedostatka obrazovanja kod roditelja, iskustava traume, odbacivanja od strane vršnjaka i diskriminacije u školama, imali su negativan uticaj na interakcije mladih i proces konstrukcije identiteta. Za mnoge učesnike u analiziranim istraživanjima, snažna povezanost s etničkim i kulturološkim naslijeđem predstavljala je izvor snage i ponosa te ključan element njihovog identiteta. Međutim, kultura zemlje domaćina, društveni stavovi i politička klima imali su značajan utjecaj na jačanje ili slabljenje te povezanosti. Podržavajuće okruženje u zemljama domaćina, koji cijeni kulturološku i etničku raznolikost, olakšavalo je proces akulturacije. Nasuprot tome, diskriminacija, rasizam i jezične barijere negativno su utjecali na percepciju vlastite etničke kulture i religije kod mladih, kao i na njihov osjećaj pripadnosti društvu zemlje domaćina. Identitet izbjeglica može biti pod utjecajem vanjskih faktora, poput medija. Medijsko izvještavanje o prisilnim migracijama često je negativno, što može oblikovati stavove šire javnosti prema izbjeglicama (Burnett, 2013).

4.4.1. Identitet i kolektivna trauma

Ako se traumatsko iskustvo koristi kao ključna oznaka u javnom diskursu i kao način samoizražavanja ili samodefinisanja, to se može smatrati oblikom kolektivne traume. Razlikuju se tri kolektivne identitetske oznake: kolektivni narativ, kolektivne emocije i kolektivni mentalni modeli, norme i vrijednosti (König i Reimann, 2018).

Kolektivni narativ podrazumijeva zajedničke priče i sjećanja koja oblikuju kolektivno razumijevanje prošlih događaja. Narativi gubitka i očaja mogu biti izmišljeni ili stvarni, široko su rasprostranjeni i uključuju stalno pozivanje na prošlost i teme krivnje, iskupljenja i odgovornosti kod drugih, a potiskuju se ti osjećaji kod vlastite grupe. Narativ kolektivne viktimizacije podrazumijeva da se vlastito društvo prikazuje kao žrtva, identitet se konstruiše kroz negativna iskustva, pa može utjecati na obrazovni sistem, politiku i javni diskurs. Ovaj narativ se često koristi kao opravdanje za počinjena zlo, produženo nasilje i traženje kompenzacije za vlastitu patnju. Narativ krivnje i srama dovodi do šutnje i tabua unutar zajednice, te često dovodi do potiskivanja i izbjegavanja razgovora o vlastitoj odgovornosti. Umjesto da se društva suočavaju s istinom i neprijatnim emocijama, narativ se uglavnom prenosi generacijski kroz šutnju i potiskivanje, te na taj način oblikuje misli, emocije i ponašanja unutar društva (König i Reimann, 2018).

Kolektivne emocije podrazumijevaju zajedničke emocionalne odgovore. Najčešća emocija jeste kolektivna anksioznost ili strah, gdje zajednica ima nepovjerenje u druge grupe, te postoji gubitak nade u pozitivnu viziju budućnosti. Često se pojavljuju primitivni mehanizmi odbrane - borba protiv zla, te može doći i do širenja teorija zavjera (König i Reimann, 2018).

Kolektivni mentalni modeli, norme i vrijednosti podrazumijevaju načine na koji zajednica razumije svijet i djeluje u njemu. Ovi svjetonazori ili sistemi vjerovanja su izrazito rigidni te se očituju kroz vjerovanje jedne apsolutne istine, ideološka isključivost, pronalazak žrtvenog jarca, stereotipi i predrasude o drugima. Ovi sistemi vrijednosti djeluju na društvene norme, javne diskurse, medije i obrazovne sisteme (Isto).

Kolektivna trauma može pokrenuti i pogoršati sukobe unutar društva. Nakon formalnog završetka sukoba, posljedice traume ostaju prisutne kroz kolektivne narative, emocije i rigidne mentalne modele. Stoga je ključno da strategije rješavanja sukoba budu osjetljive na prisutnost traume, kako bi se spriječilo njeno prenošenje i osigurala društvena promjena (Isto).

Drugi faktori koji utiču na razvoj ili pokretanja sukoba su: gubitak empatije prema drugima, defanzivnost i agresivnost, pojava teorija zavjere, pesimizam i apatija, rigidni politički narativi, slaba društvena kohezija, kao i povećan stres i ranjivost (Isto). Posljedice kolektivnih trauma na društvo i pojedinca su sljedeće: gubitak samopouzdanja i povjerenja, smanjeno obrazovanje, politička manipulacija, prisustvo

naslijeđa prošlosti, maladaptivni mehanizmi suočavanja, manja kohezija grupe, predrasude, diskriminacija, isključenje, loše zdravlje- fizičko i psihičko (Isto).

4.4.2. Kulturološki identitet

Dva faktora izazivaju prijetnje identiteta izbjeglica, kulturološka raznolikost i gubitak značajnih objekata iz zemlje porijekla. Svaka osoba je obilježena kulturološkim identitetom, koji označava "individualni osjećaj sebe koji proizlazi iz formalnog ili neformalnog članstva u grupama koje prenose i usađuju znanje, uvjerenja, vrijednosti, stavove, tradicije i načine života." (Jameson, 2007, str. 199)

Važnost kulture se ogleda u tome što se zakoni, propisi, nepisana pravila, običaji, načini odnosa prema radu, ekonomija, koncipiranje društvenih dobara i drugi aspekti društvenog uređenja direktno i indirektno ovisni o njenim obilježima, kao i sami proces socijalizacije (Prinz, 2019). Proces akulturacije podrazumijeva socijalne, psihološke i kulturološke promjene koje se dešavaju kao rezultat miješanja različitih kultura, odnosno prilagođavanje novoj zemlji u kulturološkom smislu. Posljedice akulturacije mogu se uočiti kako u izvornoj tako i u domaćinskoj kulturi, kako na grupnom tako i na individualnom nivou. Na grupnom nivou dolazi do promjena u kulturi, običajima, religijskim praksama, ishrani, zdravstvenoj zaštiti i drugim društvenim institucijama. Na individualnom nivou dešava se proces socijalizacije kroz koji pojedinci usvajaju vrijednosti, običaji, norme, stavovi i ponašanja domaćinske kulture (Worthy i sur., 2020).

Ta promjena kulturološkog identiteta u korist zemlje domaćina, može narušiti izvorni kulturološki sistem i izazvati anksioznost, retraumatizaciju i stres (Matsuoka, 1990; prema Dong, 2019). Također, problematično je pitanje koliko izbjeglica vlastite kulture mora žrtvovati, a druge prihvatiti kako bi se ostvario zadovoljavajući nivo integracije? (Prinz, 2019).

Izbjeglice imaju tendenciju da se integrišu unutar nove kulture - asimiliraju (outward turn), da je odbace (inward turn). Odbacivanje kulture domaćina je krajnje nepovoljan jer dolazi do formiranja vlastite i vanjske grupe što može rezultirati kulturološkim sukobima unutar zemlje. Optimalan bi bio određeni nivo asimilacije s obje strane kako bi se izgradio most između dvije strane, radi bolje komunikacije i saradnje (Prinz, 2019). Masuda i Tashima (1982, prema Westermeyer i sur.,1991) navode pet tipova prilagodbe novom društvu: marginalizirani neurotični tip prilagodbe, karakterističan po blokadi u prilagodbi zbog prevelikih očekivanja od obje

kulture, uz visoku anksioznost. Marginalizirani devijantni tip prilagodbe karakteristična po odbacivanju normi obje kulture, uz zaključak da je nemoguće zadovoljiti obje strane. Tradicionalizam karakteriše snažno vezivanje za izvornu kulturu kako bi se ublažio osjećaj gubitka. Detradicionalizacija podrazumijeva potpuno odbacivanje izvorne kulture, što dovodi do gubitka tradicionalne podrške. Te imamo bikulturacija koja podrazumijeva uspješnu integraciju najznačajnijih elemenata obje kulture.

Neki od faktora koji utiču na proces akulturalizacije su: sociodemografske varijable kao što su dob, spol, bračni status, obrazovanje, rasa, religija, klima, ruralna ili urbana područja, porijeklo, te ekonomski uslovi. Također karakteristike društva imaju utjecaja na akulturaciju izbjeglica među ostalim pluralistička priroda društva, tolerantnost, zastupljenost rasizma, ksenofobije. Karakteristike migrantske grupe također igraju ulogu u akulturaciji odnosno da li je riječ o privremenim radnicima, putnicima ili prisilno raseljenim osobama. Sociološke i psihološke varijable također djeluju na ovaj proces kao što su: stilovi suočavanja i adaptacije, prijašnja iskustva izbjeglica npr. traume iz djetinjstva, nostalgija za domovinom, kohenizvnost grupe, generacijske razlike, nemoć, predrasude, nivo rigidnosti. Ponašajne varijable su značajne i u njih obrađamo npr. zloupotreba alkohola, učestvovanje u kriminalu, ubistvu, samoubistvu (Bhugra, Craig, Bhui, 2010).

Za izbjeglice je značajno izgraditi veze s osobama iz iste kulture, jer to djeluje na razvoj otpornosti, međusobne podrške i razumijevanja, te ublažavanje generalno sve negativne utjecaje sa kojima se izbjeglice suočavaju (Salzman i Halloran, 2004, prema Dong, 2019). Kulturološke prakse doprinose jačanju identiteta što može pomoći u suočavanju s traumom i unaprijediti otpornost (Crane, 2010; prema Dong, 2019). Te prakse mogu uključivati tradicionalne festivale, ceremonije, umjetničko izražavanje, hrana, muzika, crtanje (Dong, 2019).

U nastavku se nalazi zabilješka mog korisnika koji je kao jedan od razloga za migraciju naveo i razliku u kulturama:

„ Osjećao sam kako pripadam zajednici i porodici, a onda u jednom trenu toga više nije bilo. Izgubivši ženu i djecu počeo sam osjećati strah da ponovo osnujem porodicu kako im se ne bi desilo slično. Zbog toga sam počeo osjećati potrebu za izolacijom i da se ne miješam s ljudima. Jedino što mi je pomoglo da ovo teško iskustvo malo stavim postrani jeste rad. Osjećao sam kako se u meni bore dvije sile.

Jedna me gonila da radim i da se nadam novom životu, a druga me spočitavala i govorila da je svemu kraj i da je sve gotovo za mene. Zbog toga sam krenuo za Evropu jer sam u tome vidio nadu i priliku za novi život. Htio sam otići u Evropu zbog kulturoloških razloga, arapsko društvo me gušilo najviše zbog toga što kada jednom u nečemu ne uspiješ, ne pruža ti se druga šansa i ljudi te tjeraju ka pesimizmu. Evropsku kulturu sam doživljavao kao kulturu šanse i mjesta gdje ako u nečemu ne uspiješ kažu ti, ok, ustani, sve dok dišeš imaš novu šansu i pružaju ti se nove prilike. Bojao sam se ako se prepustim ovome što sam doživio da su moguća samo dva ishoda ili da poludim ili da se ubijem.“

4.5. Utjecaj na porodicu

Kada je jedan član porodice traumatiziran ili je razvio reakciju na stres, svi članovi porodice mogu biti pod utjecajem toga, ipak kada više članova porodice istovremeno dožive posljedice stresa ili traumatskog događaja stvara se disfunkcionalna interakcija koja umanjuje međusobnu podršku unutar porodice (Ingleby, 2005). Izbjegličke porodice se suočavaju s tim kako prihvatiti prošlost, redefinirati odnose i uloge unutar porodice, uspostaviti kontakt s onima koji su ostali u zemlji porijekla i formirati nove odnose, prilagoditi se novom okruženju i promijeniti perspektivu ka budućnosti. Kroz ove zadatke otvaraju se i mnoge dileme među ostalim da li uopšte govoriti o bolnim događajima iz prošlosti, šta zaboraviti, kako objasniti šta se dogodilo, koje norme i vrijednosti zadržati, a koje promijeniti. Traumatska iskustva, produženo tugovanje, kao i hronični stres ometaju proces stabilizacije i prilagođavanje članova porodice na novu okolinu, a također mogu i smanjiti kapacitet roditelja da se brinu za potrebe svoje djece (Ingleby, 2005).

Također dominantna uvjerenja u društvu kako zemlje porijekla, tako i one u kojoj trenutno borave mogu kod izbjegličkih porodica oblikovati ponašanja, osjećaje i razne interpretacije, kao npr. ko je heroj, a ko izdajnik u zemlji porijekla, ili ko je priznata izbjeglica, a ko uljez u zemlji domaćina. Ove interpretacije utiču na to kako izbjeglice definišu sebe, druge i svijet oko njih (Ingleby, 2005). Još jedan od izazova sa kojima se suočavaju porodice jesu međugeneracijske dinamike između roditelja koji su preživjeli rat i njihove adolescentne djece koja se rata ne sjećaju (Shahini, Ahmeti, Charlés, 2016).

4.5.1. Transgeneracijska trauma i izbjeglištvo

Transgeneracijska trauma predstavlja prijenos emocionalne, fizičke, mentalne, duhovne i socijalne patnje koja, ako se ne liječi, može biti prenesena unutar i kroz generacije, bilo unutar pojedinačne porodice ili zajednice (Der Sarkissian i Sharkey, 2021). Tako da se transgeneracijska trauma može razviti kao oblik individualne, ali i kolektivne traume, a specifičnost je u tome što se prenosi s jedne generacije na drugu i postaje dio porodičnog ili društvenog pamćenja (König, Reimann, 2018).

Transgeneracijska trauma može djelovati na dva nivoa: unutar porodice i grupa s kojima se identificira, te kroz preuzimanje kolektivnog sjećanja. Prvi nivo prenosa se dešava kada osoba doživi traumatsko iskustvo, a nema razvijene adekvatne mehanizme suočavanja, te se trauma prenosi na druge članove porodice ili grupe. Npr. djetete koje je preživjelo seksualno nasilje traži u odrasloj dobi partnere koji ponavljaju taj obrazac ili izbjegava emocionalnu bliskost, kao i primjer majke koja je bila silovana i o tome šuti, te njeni nerazriješeni osjećaji mogu biti preneseno na njenu kćerku (König i Reimann, 2018). Također, djeca izbjeglica koja su slušala o traumatskim iskustvima svojih roditelja, nastavljaju nositi taj teret dok se suočavaju s izazovima integracije u novoj državi. Često se suočavaju i s mentalnim problemima poput depresije, PTSP-a i tuge, te imaju i lošiji školski uspjeh, rizična ponašanja (poput pušenja, poremećaja ishrane, konzumacije supstanci) i dugoročne zdravstvene probleme (Salim, 2024). Drugi nivo djelovanja povezan je osobama koje nisu direktno doživjele traumatski događaj, ali ipak preuzimaju kolektivno sjećanje na patnju prethodnih generacija i to sjećanje postaje ključni dio njihovog identiteta. Trauma se prenosi kroz naučene obrasce npr. osjećaj krivnje, te postaje zadatak potomaka da se toga riješe. Primjer su treća ili četvrtka generacija potomaka preživjelih genocida nad Armencima, Jevrejima ili Palestincima (König, Reimann, 2018).

Transgeneracijska trauma se može prenijeti na druge generacije kroz sljedeće mehanizme, odnosno naučene obrasce: izbjegavanje i šutnja, ponavljanje narativa o viktimizaciji, promjene u društvenim normama kao npr. slabljenje porodičnih odnosa, te prenošenje odgovornosti na druge (Isto).

Lurie-Beck (2007; prema Der Sarkissian i sur., 2021) kroz meta- analizu je ispitivao uticaj Holokausta na mentalno zdravlje preživjelih i njihovih potomaka. Rezultati su pokazali više nivoe depresije, anksioznosti i paranoje kod djece i unuka

preživjelih, u poređenju s različitim kontrolnim grupama. Rezultati sugerišu da se simptomi nerazriješene traume mogu prenositi direktno, kroz porodične konflikte ili zloupotrebu supstanci, ili indirektno, putem epigenetskog prijenosa zbog promjena u ekspresiji gena.

Dalgaard i sur., (2017) kroz svoje istraživanje su ispitivali ulogu funkcionalnosti porodice u transgeneracijskom prijenosu traume kod 30 izbjegličkih porodica sa Bliskog Istoka. Ovo istraživanje je uključivalo roditelje koji su preživjeli traumatski događaj i djecu bez direktnog iskustva traume. Rezultati su pokazali da su djeca imala više problema kada su njihove porodice bile izložene velikom broju stresnih situacija i kada su djeca preuzimala uloge roditelja. S druge strane, porodice koje su bolje funkcionisale imale su djecu s manjim brojem problema. Rezultati ukazuju da porodično funkcionisanje značajno utiče na prenošenje traume kroz generacije, što naglašava važnost intervencija usmjerenih na jačanje porodičnih odnosa.

Ovi rezultati su potvrđeni i kroz druga istraživanje, gdje se utvrdilo da trauma roditelja može indirektno utjecati na dobrobit djece putem sljedećih mehanizama: nesigurna privrženost, maladaptivne prakse roditeljstva, smanjena emocionalna dostupnost roditelja, smanjena funkcionalnost porodice, akumulacija porodičnih stresora, disfunkcionalni komunikacijski stil porodice, te težina traumatskih simptoma kod roditelja (Flanagan i sur., 2020).

4.6.Utjecaj na društvo

Migracije su univerzalni i historijski fenomeni koji obilježavaju sva društva. Kroz historiju su postojale razne vrste migracija – od pračovjeka iz Afrike, preko evropskih migracija u Ameriku i radne snage unutar Evrope, do savremenih migracija izbjeglica iz zona sukoba prema razvijenim državama (Öztürk i sur., 2024). Tokom 2025. godine, globalne migracije nastavljaju rasti zbog geopolitičkih promjena poput američkih izbora, pada Assadovog režima, i nastavka rata u Ukrajini. Iako se broj migranata u Evropi smanjio, i dalje ostaje visok, uz promjene ruta koje odražavaju strožiju politiku EU (ICMPD, 2024). Mnoge države, uključujući Finsku, Iran i SAD, jačaju granične barijere, a deportacije su porasle u zemljama poput Alžira i Pakistana. EU planira centre za povratak migranata u treće zemlje, ali pravne prepreke usporavaju provedbu, kao u slučaju italijanskog sporazuma s Albanijom. Istovremeno, broj radnih dozvola raste, posebno za državljane van EU (Isto). Antimigrantska

retorika jača širom Evrope, te dolazi do političkog preokreta i kontroverzne migracijske politike (Sipsas, 2025). Upravo ovo je jedan od aspekata socijalne traume gdje se dolazak i prisustvo izbjeglica percipira prijetnjom (Hamburer i sur., 2021).

Ovaj fenomen je objašnjem kroz teoriju međugrupne prijetnje (Stephan i Renfro, 2002; prema Low Stanić, 2014) gdje se polazi od pretpostavke da ljudi negativno doživljavaju vanjske grupe kada ih percipiraju kao prijetnju vlastitim grupama. Postoje dvije vrste prijetnje: realna (ekonomska, politička, fizička) i simbolička (vrijednosti, kulture, identiteta) (Isto). Npr. u Mađarskoj, stanovništvo je bilo izloženo kampanji protiv migranata, gdje su među ostalim čitali poruke: „*Da li ste znali da su pariški teroristički napadi izvedeni od strane migranata?*“ Ovakve poruke su prikazivale migrante kao prijetnju sigurnosti (Bal i sur., 2024, str.5). Migranti se prikazuju i kao „*drugi*“ i *drugačiji*“ te da se treba spriječiti da dođu u društvo, a ukoliko su već pristuni, onda se razvija politika usmjerena na njihovo isključivanje iz društvene dinamike (Huysmans 2000, prema Cvrtila i sur., 2019). Npr. Mađarska je privukla pažnju i zbog svojih izuzetno strogih mjera i nehumanog tretmana izbjeglica. Orbán je kazao Evropskoj komisiji 2015. godine: „*Mi Mađari želimo da Evropa ostane za Evropljane i želimo da Mađarska ostane mađarska zemlja*“, naglašavajući time simboličnu prijetnju koju predstavlja migracija (Bal i sur., 2024, str.5).

Istraživanje koje su proveli Bal i sur., 2024 imalo je za cilj analizirati stavove prema migrantima u Mađarskoj, fokusirajući se na percepciju prijetnji i međugrupni kontekst. Rezultati istraživanja su pokazali da su simbolička i realna prijetnja negativno povezane s prihvatanjem migranata, a pozitivno povezane s podrškom strožije migrantske politike. Prema rezultatima percepcija prijetnje oblikuje se društvenim položajem i okolnostima pojedinca, te da osobe s nižim obrazovanjem, finansijskim poteškoćama i žene češće osjećaju prijetnju od dolaska izbjeglica, dok muškarci više podržavaju strožiju migracijsku politiku. Kontakt s migrantima u neprijateljskom političkom i institucionalnom okruženju, gdje je podrška autoriteta niska dodatno povećava osjećaj prijetnje, posebno kod žena, radno sposobnih osoba i onih s finansijskim poteškoćama.

Prema teoriji međugrupne prijetnje postoje proksimalni i distalni uzročnici - antecedenti prijetnji. U proksimalne se ubrajaju individualne osobine i situacijski faktori. Individualne osobine podrazumijevaju sljedeće uzročnike prijetnje:

identifikacija s grupom odnosno osjećaj pripadnosti određenoj grupi, gdje pojedinci koji su se visoko identificirali s vlastitom grupom su skloniji percipirati i reagirati na prijetnju zbog toga što im je grupa važan aspekt vlastitog identiteta i žele spriječiti gubitak iste (Stephan i Renfro, 2002, citirano kod Low Stanić, 2014). Nadalje, prethodni kontakt s grupom, gdje negativni kontakt povećava doživljaj prijetnje vanjske grupe, dok pozitivni kontakt smanjuje percepciju prijetnje zbog povećanja znanja o drugoj grupi, povećanja empatije i smanjenje međugrupne tjeskobe- hipoteza kontakta (Low Stanić, 2014). Da li kontakt ima pozitivan ili negativan uticaj na međugrupne stavove zavisi od uslova pod kojima se on odvija – odnosno, od jednakog statusa grupa u određenoj situaciji, postojanja zajedničkih ciljeva, međugrupne saradnje i podrške autoriteta. Istraživanja su pokazala da direktan kontakt s migrantima smanjuje negativne stavove prema njima, posebno među visokoobrazovanim pojedincima, kao i u zemljama s inkluzivnom integracijskom politikom, kao i inkluzivnim institucionalnim normama. S druge strane kontakt s migrantima preko masovnih medija povećava neprijateljstvo, posebno kod osoba s nižim obrazovnim nivoom (Panichella i Ambrosini, 2018; prema Bal i sur., 2024). Osim gore navedenih u uzročnike prijetnje se ubrajaju i znanje o grupi, podržavanje socijalne dominacije, lično i kolektivno samopoštovanje (Low Stanić, 2014).

U situacijske uzročnike ubrajamo: okolnosti održavanja interakcije između pripadnika dvije grupe, struktuiranost i norme interakcije, ciljevi interakcije (saradnja ili natjecanje), omjer članova dvije grupe u interakciji, podrška interakcije od autoriteta. Prijetnja je vjerovatnija u nepoznatim ili nestrukturiranim situacijama, kada je druga grupa brojnija ili moćnija, te kada interakcija nije društveno prihvaćena ni podržana od strane autoriteta. (Stephan i sur, 2009, prema Low Stanić, 2014).

U distalne uzročnike se ubrajaju prošli i trenutni odnosi među grupama, te dimenzija kulture grupa u odnosu. Prošli i trenutni odnosi među grupama uključuju sljedeće uzročnike: status grupe, gdje su grupe niskog statusa sklonije percipiranju prijetnji jer se osjećaju slabijima u odnose na grupe visokog statusa koje su sklonije da reaguju ako osjete prijetnju. Veličina vanjske grupe, gdje je utvrđeno da je prijetnja veća što je veća percepcija vanjske grupe. Prethodni sukobi koji služe kao mehanizam održavanja loših odnosa između grupa, te su percepciji prijetnje najsklonije one grupe koje imaju historiju političkih sukoba (Low Stanić, 2014). U dimenziju kultura grupe, se ubrajaju sljedeći uzročnici prijetnje: kolektivizam, izražena socijalna stratifikacija,

konformiranje socijalnim normama, izbjegavanje neizvjesnosti i kulturalno specifičan komunikacijski stil (Low Stanić, 2014).

Posljedice percepcije prijetnje na društvo se mogu podijeliti u tri grupe: kognitivne, afektivne i bihevioralne (Low Stanić, 2014). Kognitivne posljedice uključuju negativne stereotipe o vanjskoj grupi, te negativnu sliku odnosa, uvjerenje da je sukob nerješiv, osjećaj moralne superiornosti, dehumanizaciju drugih i poricanje prijetnje. Također se javljaju kognitivne pristranosti poput krajnje atribucijske pogreške, pristrasnost pamćenja, precjenjivanja brojnosti i homogenosti vanjske grupe, što sve može voditi ka opravdavanju nasilja prema toj grupi (Low Stanić, 2014).

Afektivne posljedice prijetnje obuhvataju emocije poput straha, tjeskobe, ljutnje, mržnje, osjećaj ranjivosti i kolektivne krivnje, poniženja i bespomoćnosti, te emocionalne pristranosti prema vlastitoj grupi. Vrsta prijetnje utiče na vrstu emocija: realna prijetnja izaziva nesigurnost i frustraciju (npr. strah, srdžbu), dok simbolična izaziva moralne reakcije poput prezira i odbojnosti (Low Stanić, 2014).

Bihevioralne posljedice uključuju povlačenje, submisivnost, agresivnost, diskriminaciju, neprilagođene reakcije na stres, uspostavljanje čvrćih granica između vanjske i vlastite grupe, pritisak na grupnu koheziju, grupna zaslijepljenost, pregovaranje, javljanje separatizma, dehumanizacije, delegitimizacije i smanjenje empatije, povećan konformizam, ratovi i druga nehumana ponašanja, negativne medijske kampanje (Stephan i Mealy, 2011; prema Low Stanić, 2014).

5. PRUŽANJE PSIHOSOCIJALNE POMOĆI KORISNICIMA

Zaštita mentalnog zdravlja i psihosocijalne dobrobiti je prioritet u krizama, uključujući migrantske. Potreban je usklađen međusektorski pristup koji omogućava prepoznavanje dobre prakse i uklanjanje štetnih pristupa. Više priručnika nude smjernice za djelovanje, a jedan od ključnih je IASC priručnik (IASC, 2007).

IASC (Inter-agency standing committee) smjernice služe za planiranje i koordinaciju ključnih mjera mentalne i psihosocijalne podrške (MHPSS) u kriznim situacijama. One nude strategije za djelovanje prije i nakon akutne faze i temelje se na principima poput poštivanja ljudskih prava, učešća zajednice, nenanošenja štete, korištenja postojećih resursa, integracije u šire sisteme i višeslojne podrške. Ova višeslojna podrška prikazana je piramidom, gdje su svi nivoi jednako važni, ali potrebe postaju specifičnije i manji broj korisnika ima potrebu za istima kako se ide prema vrhu (IASC, 2007):

1. Nivo se odnosi na upravljanje osnovnim uslugama kao što su hrana, voda, sklonište, osnovna zdravstvena zaštita, kontrola zaraznih bolesti, te kroz uspostavljanje sigurnosti. MHPSS timovi mogu doprinijeti na ovome nivou tako što će zagovarati uvođenje tih usluga, pratiti njihov utjecaj na mentalno zdravlje te poticati humanitarne aktere da ove usluge provode na način koji čuva dostojanstvo korisnika i jača socijalne mreže zajednice (IASC, 2007).

2. Nivo predstavlja podršku zajednice i porodice, te odgovora potrebama pogođene zajednice kroz jačanje porodičnih i društvenih veza. Intervencije na ovom nivou uključuju traženje i ponovno povezivanje članova porodice, zajedničke rituale žaljenja, edukaciju o načinima suočavanja, programe za roditeljstvo, obrazovne aktivnosti, aktivnosti za osnaživanje žena i mladih (IASC, 2007), učestvovanje izbjeglica kao volontera, child friendly okruženje, integracija MHPSS-a u obrazovni sistem (Ventevogel, 2018).

3. Nivo obuhvata ciljanu, ali nespecijaliziranu podršku koju pružaju obučeni radnici pod supervizijom, bez da su nužno profesionalci u toj oblasti. Ovaj nivo uključuje i psihološku prvu pomoć te osnovnu mentalnozdravstvenu zaštitu kroz primarnu zdravstvenu njegu (IASC, 2007).

4. Nivo, odnosno vrh piramide obuhvata specijalizirane psihološke i psihijatrijske usluge za dio populacije čije stanje se nije poboljšalo kroz uključivanje u druge vidove podrške, te značajno narušava svakodnevno funkcionisanje. Iako ovaj

nivo obuhvata manji dio populacije, u velikim krizama riječ je i o hiljadama osoba (IASC, 2007).

5.1. Intervencije zasnovane na zajednici

Ventevogel, Jordans i Reis (2013) su istraživali shvatanja o mentalnom zdravlju lokalnog stanovništva. Ispitanici su prepoznavali simptome psihotičkih poremećaja kao abnormalne i smatrali da zahtijevaju liječenje. Simptomi poput tuge i povlačenja povezivali su s nepsihotičnim poremećajima (npr. depresijom), za koje su smatrali da zahtijevaju podršku porodice, zajednice i tradicionalnih iscjelitelja, a ne nužno medicinsku terapiju. Rezultati ovog istraživanja nam ukazuju na važnost kombinacije medicinskog- psihološkog pristupa i intervencija zasnovanih na zajednici.

Brojne intervencije mogu se smatrati aktivnostima u okviru MHPSS zasnovanim na zajednici. Ključno je da su dio strateškog pristupa u podršci korisnika i da se oslanjaju na postojeće individualne i zajedničke resurse, kapacitete i otpornost. Karakteristike pristupa zasnovanim na zajednici su sljedeći: jačanje prirodnih oblika podrške i sistema, korištenje znanja i kapaciteta same zajednice, zahtjevanje detaljne analize lokalnih praksi i resursa, angažman zajednice u svim fazama, obuhvatanje intervencija na svim nivoima piramide, uključujući i neprofesionalne i profesionalne usluge, kao i psihološku i socijalnu podršku. Operativni okvir za MHPSS zasnovan na zajednici koristi trostupanjski pristup (porodica, zajednica, društvo) u kombinaciji s četiri nivoa IASC piramide. Intervencije se trebaju prilagoditi kulturološkom kontekstu, te povezati sve nivoe i slojeve podrške (United Nations Children's Fund, 2018). Sistematski pregled literature u Australiji pokazao je da programi zasnovani na zajednici mogu doprinijeti socijalnoj uključenosti izbjeglica i tražitelja azila. Ključni faktori uspjeha ovih programa su: poznavanje jezika, oslanjanje na prethodna znanja, vještine i iskustva izbjeglica, angažman volontera u programe i raznolikost aktivnosti koji doprinosi stvaranje socijalnih veza i odnosa (Mahoney i Barnett, 2017).

Također i za oporavak i procesuiranje kolektivne traume pristup zasnovan na zajednici je značajan. Kroz terapiju, umjetnost, dijalog- priznavanje bola, te kroz pravdu, društvo može obnoviti veze, istovremeno sačuvati sjećanja i graditi temelje za oporavak od traume. Intervencije koje su značajne za rad s kolektivnom traumom su: grupna terapija, dijaloške inicijative u zajednici, procesi pomirenja i pravde s ciljem shvatanja uzroka, promovisanja razumijevanja i odgovornosti, kulturološke prakse

liječenja, umjetnost, književnost, obilježavanje značajnih datuma, te posjeta mjesta koja su vezana za kolektivnu traumu, kako bi se dopunijelo očuvanju i sprečavanju zaborava traumatskih iskustava (NeuroLaunch Editorial Team, 2024).

5.1.1. Intervencije procesiranja kolektivne traume

Suočavanje s prošlim traumatskim događajima pomaže u razumijevanju veze između traumatskog iskustva i savremenih oblika nasilja i diskriminacije. Time pojedinci i zajednice izlaze iz uloge žrtve i aktivno se suprotstavljaju nasilju. Suprotno tome, šutnja o prošlosti produbljuje traumu. U nastavku ćemo navesti nekoliko intervencija značajnih za procesiranje kolektivne traume (Konig, Reimann, 2018).

Prva intervencija uključuje empatično dijeljenje narativa o traumi, uz poticanje otvorenih razgovora unutar zajednice s ciljem procesiranja kolektivnog i individualnog traumatskog događaja. Npr. osigurati prostor u kojem će biti moguće dijeliti iskustva pod vodstvom facilitatora koji je fokusiran na zajedničko učenje i povezivanje. Ovaj cilj se može ostvariti i korištenjem metode „teatra potlačenih“ po kojoj i publika i izvođači koriste pozorišnu scenu za izražavanje i obradu traumatskih tema.

Druga intervencija podrazumijeva rad na emocionalnim vezama unutar grupe i kroz podsticanje otvorenijeg i inkluzivnijeg načina razmišljanja kroz rad s vanjskim grupama. To se može podstići kroz sportska takmičenja, pozorišne performanse, umjetničke projekte. Na primjer rad s ženama koje su preživjele fizičko nasilje kako bi se ojačala međusobna povezanost, a zatim se organizuju zajedničke aktivnosti i sa drugim grupama kroz sport, umjetnost ili kuhanje te dijeljenje hrane s lokalnim zajednicama. Izazov u radu s izbjeglicama jeste u tome što oni poznaju samo dva obrasca identiteta ili žrtva ili počinilac nasilja, te ove aktivnosti trebaju pomoći u formiranju novog identiteta izvan te dihotomije (Isto). Ne trebaju se zanemariti ni rane intervencije nakon traumatskog događaja koje su ključne za brži oporavak. Na taj način se pomaže jačanju porodičnih i društvenih veza, te korištenju postojećih načina suočavanja.

Treća intervencija odnosi se na integraciju kolektivne traume u kolektivno pamćenje i viziju budućnosti, što jača otpornost zajednice i sposobnost suočavanja sa prošlim sukobima. Ovo se postiže aktivnostima koje stvaraju nove narative i koje predstavljaju alternative šutnji, poput pozorišta, umjetnosti, rada s tijelom i simbolima,

posebno osnažujući ranjive članove zajednice. Simboli, metafore i rituali pomažu u kreiranju drugačijih narativa od uobičajnih. Potrebno je osvijestiti ranjivost određenih grupa te provoditi ciljane intervencije protiv diskriminacije. Arhivi, spomenici, istraživanja, knjige, filmove i svjedočenja olakšavaju zajednici suočavanje s prošlošću i potiču društvene promjene. Konstruktivni javni diskursi mogu pomoći u oblikovanju novih vrijednosti i načina razmišljanja u društvu, kako u privatnoj tako i u javnoj sferi. Tome pridonose i mediji, obrazovne institucije i izborni procesi koji pomažu u oblikovanju stavova i razmišljanja.

6. PRUŽANJE PSIHOLOŠKE POMOĆI KORISNICIMA

Kroz ovaj dio fokus će biti na psihološkim intervencijama u radu s izbjeglicama, s posebnim naglaskom na izazove u njihovoj primjeni. Obradit ćemo teme psihološkog savjetovanja, psihoterapije, kriznih intervencija, prevencije mentalnih poteškoća, izrade psiholoških mišljenja, te podrške preživjelim rodno zasnovanog nasilja (SGBV)

6.1. Invidualna psihološka savjetovanja, psihoterapija i farmakoterapija

Psihološko savjetovanje i psihoterapija su intervencije koje uključuju razgovor s stručnjakom iz područja mentalnog zdravlja, ali se razlikuju po obimu i trajanju. Kroz savjetovanje se obično obrađuju konkretni problemi ili situacije, te je često kratkotrajno s fokusom na rješavanje problema i usvajanje određenih strategija suočavanja. Nasuprot tome, psihoterapija je dugotrajnija, obuhvata širi spektar problema, te uključuje dublje psihološke poteškoće, obrasce mišljenja i ponašanja (Saling, 2024). Savjetovanje i psihoterapija predstavljaju osnovne metode liječenja uobičajenih mentalnih poremećaja među izbjeglicama (Silove i sur., 2017).

Postoje dva ključna pristupa u terapiji izbjeglica: tehnike za stabilizaciju i krizne intervencije i tehnike za dugoročnu integraciju traumatskog iskustva (Van der Veer, 1993). U radu s izbjeglicama se počinje uvijek tehnikama za stabilizaciju i krizne intervencije te su korisne kada je psihološko funkcionisanje izbjeglice nestabilno (Van der Veer, 1993). Nasuprot tome, tehnike za dugoročnu integraciju traumatskih iskustava se primjenjuju kada je postignut relativno stabilan nivo psihološkog funkcionisanja u svakodnevnom životu izbjeglice, te kada je osoba spremna s ciljem dugoročne obrade traumatskog iskustva koja su ometala razvojčnosti. Većinom, kombinacija ovih metoda je najefikasnija, a psihoterapijske tehnike se mogu integrisati s drugim oblicima profesionalne pomoći u zavisnosti od potreba korisnika (Van der Veer, 1993).

Skoro svi psihoterapijski pravci mogu biti korišteni, ako se prilagode potrebama izbjeglica. Kroz literaturu se najčešće navode sljedeći: narativna terapija i pristup usmjeren na snagu i rezilijentnost, kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) i trauma-fokusirana KBT (Abrams, 2021), EMDR (UNHCR Handbook, 2024), farmakoterapija, praćena suportivnom terapijom (Butcher i sur., 1988), terapija svjedočenja, okupacione terapije, te transkulturološki modeli terapije (Bhugra i sur.,

2010) i laičko savjetovanje (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014).

Narativna terapija je značajna za procesiranje kolektivne traume. Kroz nju se osnažuje identiteta, jača povezanost i mogućnost da ljudi ispričaju svoju priču na novi način. Narativna terapija polazi od ideje da se problemi oblikuju i održavaju u društvenim, kulturološkim i političkim kontekstima. Ljudi često izgrađuju negativne priče o sebi, posebno kada su suočeni s nevoljama, a te priče mogu učvrstiti osjećaj nemoći i bezvrijednosti. Stablo života je kolektivna narativna metoda koja koristi simbole i pitanja da bi ohrabrila ljude da pričaju priče i da se povežu s drugima. Stablo života je relativno nova psihosocijalna intervencija zasnovana na snazi i kolektivnoj narativnoj praksi. Ova praksa je posebno korisna u zajednicama koje su doživjele društvenu patnju, a gdje klasična terapija možda nije kulturološki prihvaćena ili dostupna (Lock, 2016).

U praksi se koriste i kratki, strukturirani terapijski programi, koji su kulturološki prilagodljivi i koji mogu koristiti i laici uz brzu dodatnu edukaciju za iste. Ovi programi najčešće uključuju tehnike upravljanja stresom, izlaganja traumama, kognitivnog restrukturiranja, mindfulnessa i aktivacijske terapije za depresiju. Najpoznatiji su terapija narativne ekspozicije, koja povezuje traume s hronološkim tokom života, Problem Management Plus (PM+) program zasnovan na KBT principima (Silove i sur., 2017), Doing What Matters in Times of Stress (WHO, 2020), SELF-HELP PLUS (SH+) (WHO, 2021).

Kroz jedno istraživanje ispitivala se učinkovitost psiholoških tretmana započetih unutar tri mjeseca od traumatskog događaja. Rezultati su pokazali da je individualna TF-CBT bila značajno efikasnija u smanjenju simptoma akutnog traumatskog stresa u poređenju s listom čekanja, kao i u odnosu na podržavajuće savjetovanje. Ovi pozitivni efekti TF-CBT-a su se održali i šest mjeseci nakon završetka terapije. S druge strane, strukturirane intervencije koje su uključivale samo pisanje o traumi nisu pokazale značajne efekte u poređenju s minimalnim intervencijama (Roberts i sur., 2010).

6.2. Grupne psihološke intervencije i debriefing

Clemence i sur., (2024) su kroz metaanalizu ispitali učinkovitost grupnih psiholoških intervencija na izbjeglice. Kroz istraživanja su zapaženi različiti rezultati o učinkovitosti grupnih intervencija kada je riječ o smanjenju stresa i drugih

simptoma mentalnih stanja, a intervencije zasnovane na zajednici pokazale su se efikasnim u poboljšanju socijalne podrške i osjećaju povezanosti npr. grupe za fizičku aktivnost, financijsko osnaživanje i vrtlarstvo. Terapijski pravci poput kulturološki prilagođene kognitivno-bihevioralna terapije (CA-CBT) i terapije kognitivne restrukturacije (CPT) pokazale su veću učinkovitost u smanjenju stresa, dok su intervencije promocije mentalnog zdravlja poboljšale mentalnu pismenost i informisanost.

Uobičajne su i grupe vršnjačke podrške gdje su facilitatori za vođenje grupa osobe u sličnoj situaciji ili sa sličnim izazovima kao populacija sa kojom se radi, te grupe samopomoći gdje se osobe sa sličnim izazovima okupljaju s namjerom podrške i promjene u životu kao npr. grupe samopomoći kod ovisnosti o alkoholu ili drugim supstancama (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2014). Značajno je skrenuti pažnju i na debriefing, koji se kao metoda često koristi nakon traumatskog događaja s ciljem prevencije PTSP-a. Rose i sur., (2002) su analizirali efikasnost jednokratnog psihološkog debriefinga kod osoba neposredno nakon što su preživjele traumatski događaj poput saobraćajnih nesreća, napada, spontanih pobačaja i požara. Intervencije su bile jednokratne i uključivale su edukaciju o traumi, izražavanje emocija i planiranje za budućnost. Debriefing su provodili različiti profesionalci, uključujući medicinske sestre, psihijatre i psihologe. Rezultati istraživanja su pokazali da ova metoda ne smanjuje simptome PTSP-a, stresa, depresije niti anksioznosti, te da u nekim slučajevima može čak i pogoršati simptome PTSP-a. Efekti intervencije nisu pokazali značajne razlike ni nakon dužeg vremenskog perioda. Primjena debriefinga se ne preporučuje, te umjesto toga autori preporučuju pristup „screen and treat“ – gdje se prvo procjenjuje, pa se ciljano vrše intervencije kod osoba sa simptomima. Također, ni WHO (2012) ne preporučuje ovu metodu pri radu s osobama koji su prošli traumatsko iskustvo.

6.3. Krizne intervencije

Krizna intervencija je izrazito prikladan oblik psihoterapije za rad s izbjeglicama. Zbog strukturiranosti i usmjerenosti manje je zastrašujuća za osobe koje, zbog kulturoloških razloga, imaju otpor prema direktnijim i dubljim verbalnim oblicima psihoterapije, a također zbog otpora u traženju pomoći za probleme s mentalnim zdravljem korisnici se i javljaju psihologu tek u stanju krize, što zahtjeva i hitnu pažnju. Ovaj pristup prepoznaje postojanje krize i njene uzroke, pri čemu se

odgovornost preusmjerava na vanjske faktore umjesto unutrašnjih, što može ublažiti strahove i smanjiti negativne kulturološke asocijacije vezane za emocionalne poteškoće. Čak i sam naziv „krizna intervencija“ može biti prihvatljiviji izbjeglicama nego termini koji uključuju riječ „terapija“. Osim tih benefita, postavljanjem konkretnih ciljeva i vremenskog okvira pomaže se korisniku u stjecanju osjećaja organiziranosti i kontrole, a aktivna uloga terapeuta olakšava proces prilagođavanja i emocionalne stabilizacije (Butcher i sur., 1988).

„Krizna intervencija se definiše kao pružanje hitne psihološke pomoći preživjelim s ciljem da im se pomogne da se vrate na adaptivni nivo funkcionisanja i da se spriječe ili ublaže negativni efekti psihološke traume „ (Flannery i Everly, 2000, str.120).

Postoje četiri opća cilja kriznih intervencija prema Butcher i sur., (1988) i to: olakšavanje simptoma zbog kojih je korisnik potražio pomoć; uspostavljanje nivoa funkcionalnosti koju je korisnik imao prije krize kroz- sprečavanje daljnjeg pogoršavanja njegovog stanja, procjene prethodnog nivoa funkcionisanja, vođenje korisnika u suočavanju s krizom; psihoedukacija korisnika o faktorima koji su doveli do krize, što pomaže u razumijevanju prirode krize i osjetljivosti na stresore te pruža adaptivne mehanizme; psihoedukacija o ličnim karakteristikama korisnika koji pridonose nastanku krize. Značaj ovih intervencija leži u tome što se istima može spriječiti da traumatizirane osobe razviju ozbiljna oboljenja, te se smanjuje i stres kod pomoćnih radnika, omogućavajući im da adekvatno obavljaju svoj posao. Krizna intervencija ima ključnu ulogu u adekvatnom odgovoru na krizne scenarije, trijažiranju ozbiljnih događaja koji zahtijevaju hitniju skrb, smirivanju situacija i pružanju podrške osobama kojima je potrebna. (Wang i Gupta, 2023).

6.3.1. Psihološka prva pomoć

Prema priručniku o prvoj psihološkoj pomoći (PPP), autora Ajduković (2014, str. 3), PPP se definiše kao: “preventivni postupak čija je svrha spriječiti pogoršanje i nastanak dugotrajnih štetnih posljedica za dobrobit i ponašanje ljudi pogođenih katastrofama i velikim nesrećama.” Cilj PPP-ea je pomoći pogođenim osobama da uspostave emocionalnu ravnotežu kroz razumijevanje vlastitog trenutnog stanja, povratak osjećaja kontrole, povećanje osjećaja vlastite samoeфикаsnosti, ugradnju nade i uključivanje u odnose sa članovima zajednice. Ona sadrži konkretne postupke putem kojih se identificiraju osobe kojima je potrebna stručna pomoć i omogućuju im se

odgovarajuće mentalno-zdravstvene usluge. Konkretni postupci mogu uključivati: obezbjeđivanje smještaja, hrane i zdravstvene njege na saosjećajan način, povezivanje s članovima porodice, pružanje emocionalne podrške, kao i davanje provjerenih i korisnih informacija (Ajduković, 2014).

U okviru PPP-ea, sprovode se sljedeći zadaci: procjena ljudskih potreba i problema, pružanje praktične i nenametljive podrške, slušanje, pružanje utjehe i smirivanje stresnih reakcija, promovisanje adaptivnih strategija suočavanja sa stresom, pomaganje pogođenim osobama u pristupu informacijama, uslugama i socijalnoj podršci (Kratzer i sur., 2019). Koraci PPP se mogu sažeti na tri osnovna zadatka - gledati, slušati, povezivati (tkzv. 3L Look, Listen, Link).

Gledanje obuhvata: sigurnost pogođenih osoba, identificiranje osoba s očitim hitnim osnovnim potrebama i sa znakovima visoke uznemirenosti. U populaciji pogođenih osoba važno je obratiti posebnu pažnju na one koji pokazuju izražene znakove uznemirenosti (plač, vikanje, dezorijentacija u vremenu i prostoru) ili pripadaju ranjivim grupama (Kratzer i sur., 2019).

Slušanje obuhvata: pristupanje osobama koje trebaju podršku, ispitivanje ljudi koje su im potrebe i što ih brine, slušati ih i pomoći im da se smire. Kada se uoči osoba kojoj je potrebna pomoć, važno je prići joj i pitati je za njene potrebe. Pri radu sa pogođenim osobama, ključno je da se radnik predstavi, kaže svoje ime, navede organizaciju iz koje dolazi i objasni svoju ulogu (Kratzer i sur., 2019).

Povezanost obuhvata: pomoć ljudima da zadovolje osnovne potrebe i omogućiti im pristup uslugama, pomoć da se nose s poteškoćama, pružanje informacija, povezivanje pogođenih osoba s porodicom i rodbinom te omogućavanje pristupa društvenoj podršci. Nakon što su potrebe osoba poznate treba pokušati pružiti odgovarajući odgovor u skladu sa znanjima i mogućnostima pomagača. Na primer, ako osoba traži pelene za dijete, potrebno je uputiti je gdje i kada ih može dobiti, ukoliko pomagač sam ne učestvuje u distribuciji higijenskih potrepština. Upute i informacije koje pomagači pružaju moraju biti jasne i provjerene. Ako pomagač nije siguran u tačnost informacije, potrebno je proveriti njenu istinitost. Pomagači nikada ne smiju davati netačne informacije (Isto).

Prva psihološka pomoć se počinje pružati što je ranije moguće i to već sa prvim kontaktom s pogođenim stanovništvom i ovisno o razini intervencije može se

odvijati bilo gdje ako je moguće osigurati sigurno mjesto. Prvu psihološku pomoć mogu pružiti sve osobe koje su prošle kroz adekvatnu edukaciju (Isto).

6.4. Rad s GBV preživjelim

Rodno zasnovano nasilje (GBV) predstavlja ozbiljno kršenje ljudskih prava žena i djevojčica širom svijeta. U kriznim situacijama, rizik od nasilja, iskorištavanja i zlostavljanja dodatno raste, dok se zdravstveni, pravni i socijalni sistemi često urušavaju, što dovodi do smanjene dostupnosti pomoći i nekažnjavanja počinitelaca. Žene i djevojčice tada su posebno izložene seksualnom nasilju, nasilju u partnerskim odnosima, eksploataciji, prisilnim brakovima, uskraćivanju resursa i štetnim tradicionalnim normama. GBV obuhvata svaki štetan čin počinjen zbog nejednakosti među spolovima, uključujući fizičko, seksualno i psihološko nasilje, prisilu i ograničavanje slobode. Posljedice GBV-a su duboke i dugotrajne – fizičke, psihološke i ekonomske – i pogađaju ne samo pojedince, već i njihove porodice i zajednice (United Nations Population Fund, 2019). Često te posljedice uključuju: psihički stres (strah, tuga, ljutnja, krivica), anksioznost i PTSP, depresiju, samopovređivanje, suicidalne misli, zloupotrebu supstanci i tjelesne tegobe bez medicinskog uzroka. Stručnjaci za rodno zasnovano nasilje (GBV) razvili su smjernice za upravljanje slučajevima preživjelih kroz priručnike Minimalni standardi međuagencijskog odgovora za rodno zasnovano nasilje (GBV) u vanrednim situacijama i IASC smjernice (Ward, 2020). Prema IASC smjernicama, intervencije za preživjele rodno zasnovanog nasilja (GBV) prate četverostepeni model IASC piramide (Ward, 2020).

Prvi nivo obuhvata osnovne usluge i sigurnost: zaštitu dostojanstva, zdravstvenu njegu, sigurnosne mjere i smanjenje GBV rizika. Drugi nivo uključuje podršku zajednice i porodice – sigurne prostore za žene i djevojčice, ekonomsko osnaživanje, edukaciju i aktivnosti koje grade povjerenje i smanjuju stigmatu (UNFPA, 2019). Treći nivo nudi fokusiranu, nespecijaliziranu podršku: upravljanje slučajevima, grupne psihosocijalne seanse i osnaživanje kroz praktične vještine. Grupe ne smiju biti isključivo za preživjele niti fokusirane na njihova iskustva (UNFPA, 2019). Četvrti nivo podrazumijeva specijalizirane mentalnozdravstvene usluge koje pružaju stručnjaci, uključujući kliničku njegu. Najčešće intervencije dešavaju se na drugom i trećem nivou, kroz podršku zajednice i osnovnu psihosocijalnu pomoć, npr. sigurni prostori za žene. (Ward, 2020).

Upravljanje slučajeva GBV-a provode stručnjaci iz oblasti psihosocijalne podrške čija je uloga informisanje preživjelih o svim dostupnim opcijama i upućivanje uz njihov pristanak, identificiranje i koordiniranje rješavanja problema s kojima se suočava, pružanje emocionalne podrške kroz cijeli proces. Koraci u upravljanju slučajeva GBV-a su sljedeći: uspostavljanje odnosa, procjena, planiranje podrške, provođenje plana, praćenje i prilagođavanje, te zatvaranje slučaja. Proces nije uvijek linearan te je najvažnije pratiti potrebe i želje preživjele, te pružiti osjećaj sigurnosti, zdravstvenu i psihosocijalnu podršku (United Nations Population Fund, 2019).

6.5. Psihološka evaluacija i pisanje psiholoških mišljenja

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja kao dio svojih obaveza imaju i procjenu posljedica traumatskih događaja i pisanje psiholoških mišljenja za sud. Cilj ovih evaluacija jeste da se dokumentira psihička patnja zbog traume, da se podrže pravni zahtjevi na sudu, te da se povećaju šanse za odobrenje statusa (Benejam, 2022). Psihološka evaluacija i pisanje mišljenja može pomoći u dobivanju azila na nekoliko načina: pruža potvrdu izjave korisnika, opisuje mentalne procese, emocionalni stil i simptome traume, pruža okvir za razumijevanje ponašanja, može objasniti neslaganje u svjedočenju, te doprinosi procjeni vjerodostojnosti (Gangsei i Deutsch, 2007). Istraživanje (Lustig i sur., 2008) je pokazalo da su slučajevi s psihološkom procjenom imali 89% uspješnosti, u poređenju s nacionalnim prosjekom od 37,5% bez takvog izvještaja na sudovima. Psihološka evaluacija ima i terapijske benefite za korisnika: prvi put se razgovara o traumi, korisnik prepoznaje povezanost između traumatskog događaja i reakcija, osjeća se shvaćenim i validiranim, osjeća se osnaženo za svjedočenje i cjelokupni postupak azila, povezuje se s identitetom prije traumatskog događaja te identificira i druge traume (Gangsei i Deutsch, 2007). Psihološka evaluacija uključuje klinički intervju (obično 2 do 3 seanse po 60 min), razgovor sa stručnim osobama, obrada lične historije i traume, korištenje psiholoških instrumenata, te pisanje izvještaja za advokate ili druge stranke koje zahtjevaju mišljenje (Benejam, 2022).

6.6. Programi prevencije mentalnog zdravlja korisnika

Prevencija se klasificira na primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Cilj primarne prevencije je spriječiti pojavu novih slučajeva mentalnih poremećaja tako što se djeluje prije nego što problem nastane. To uključuje jačanje psiholoških resursa,

uklanjanje štetnih faktora i promovisanje zdravlja na nivou zajednice. Primjeri takvih aktivnosti u radu s izbjeglicama su sljedeći: smanjiti boravak u prenapučenim i izolovanim kampovima, edukacija izbjeglica o kulturi zemlje domaćina i normalnim psihološkim reakcijama na selidbu (npr. kulturološki šok), omogućiti nastavak poznatih zanimanja i hobija, podržati integraciju izbjeglica u lokalne zajednice i udruženja, pomoći u uspostavljanju načina međusobne komunikacije, omogućiti izražavanje tuge na kulturološki prihvatljiv način (vjerske ceremonije, rituali), osigurati usluge krizne intervencije i savjetovanja u žalovanju (Williams, 1989).

Sekundarna prevencija ima za cilj rano prepoznavanje i brzo liječenje mentalnih problema kako bi se spriječilo njihovo pogoršanje. Fokus je na sprečavanju daljnjeg razvoja i trajanja bolesti. Primjeri sekundarne prevencije su: edukacija vođa zajednice, prevodioca, nastavnika, socijalnih i zdravstvenih radnika da prepoznaju rane znakove mentalnih problema i da znaju informisati osobu na kulturološki osjetljiv način, provođenje psihijatrijske procjene kod osoba koje često traže medicinsku pomoć bez jasnog fizičkog uzroka, obezbijediti krizne intervencije u kampovima i tokom ranog perioda preseljenja (Williams, 1989).

Tercijarna prevencija ima za cilj smanjiti posljedice mentalnih poremećaja, ublažiti simptome i poboljšati funkcionalnost osobe nakon bolesti. Fokus je na rehabilitaciji i podršci ka samostalnom životu. Kao primjeri mogu se navesti: liječenje izbjeglica s dijagnosticiranim psihijatrijskim poremećajima, usluge uključuju i psihoterapiju kao npr. KBT, porodična terapija, upotrebu lijekova, hospitalizacija (Williams, 1989).

7. IZAZOVI PRUŽANJA PSIHOLOŠKE POMOĆI

Kako smo već vidjeli iz prethodnog poglavlja psihoterapija s izbjeglicama može biti uspješna, međutim cjelokupni rad je praćen i s specifičnim izazovima. Kroz ovo poglavlje bavit ćemo se izazovima oko prevazilaženja kulturološke barijere, rada s prevoditeljima, stigme korisnika oko traženja psihološke pomoći, te sagorijevanja i sekundarne traumatizacije koje mogu zahvatiti profesionalce u ovom polju.

7.1. Kulturološke barijere

Rad s izbjeglicama podrazumijeva susret s osobama iz različitih kultura, o kojima često nemamo dovoljno znanja, niti razumijevanja o tome kako ta specifična kultura oblikuje ličnost, porodične odnose, te reakcije na stres i pojavu psiholoških problema. S druge strane postoje pokazatelji da svi ljudi širom svijeta imaju slične osnovne potrebe, osjećaje i ranjivosti, kao i način reagovanja na traumu, što umanjuje ulogu kulture u terapiji (Van der Veer, 1993).

Kultura može utjecati i na razumijevanje korisnika o tome ko je stručan i pouzdan terapeut, te koje su tehnike i metode korisne. Zbog toga je značajno educirati se oko različitih pogleda na mentalno zdravlje i načina tretiranja psiholoških problema. Važno je istražiti norme određene kulture kako bi se bolje razumjeli postupci i reakcije korisnika, ali i objasniti osnovna pravila i norme zemlje domaćina (Van der Veer, 1993). Kulturološke razlike mogu utjecati i na način kako se objašnjavaju uzroci traumatskih iskustava npr. izbjeglice iz Kambođe proživljenu patnju povezuju s konceptom karme, te sebe smatraju odgovornim za doživljeno, što nije u skladu s interpretacijom zapada gdje se patnja smatra vanjskim faktorom nanešenim od drugih osoba. Još jedna značajna kulturološka razlika jeste i sama spremnost da se o privatnim stvarima razgovara s nekim izvan porodičnog konteksta, a nekada pak izbjeglice imaju više povjerenje u stručnjaka zato što dolazi iz druge kulture (Van der Veer, 1993).

Kroz istraživanje provedeno sa 10 psihoterapeuta koji rade s izbjeglicama u Njemačkoj identificirana su tri glavna izazova u interkulturalnoj praksi (terapijski odnos između terapeuta i korisnika koji su različitog kulturološkog porijekla): različita ili nerealna očekivanja korisnika u psihoterapiji, različita vjerovanja o uzrocima bolesti npr. vjerovanje u magiju, džine, proklestvo, komunikacijske barijere zbog nepoznavanja jezika. Kao korisni odgovori na ove izazove pokazali su se: psihoedukacija, pokušaj razumijevanja korisnikovog pogleda na svijet, identifikacija

tzv. kontramagije, korištenje adekvatnih resursa, te prisustvo prevoditelja (Asfaw i sur., 2020).

Terapeut može bolje razumjeti kulturu izbjeglica kroz izučavanje relevantne literature, stručne konsultacije i direktnog razgovora s korisnicima. Važno je provjeravati razumijevanje kako bi se izbjegli nesporazumi, što može produžiti trajanje seanse. Korisniku se mogu dati zadaci da objasni pojmove kroz davanje primjera, a mogu se koristiti i prevedeni upitnici radi bolje komunikacije (Van der Veer, 1993). Iako su kulturološki faktori značajni u terapiji, ne treba iste precijeniti jer kultura ne određuje u potpunosti ponašanje pojedinca, te je ključno razumjeti kulturu kao jedan od faktora koji doprinosi oblikovanju identiteta svake osobe (Van der Veer, 1993).

7.2.Rad s kulturološkim medijatorima i prevoditeljima

Prevodilac se uključuje u terapijski proces kada postoje određene jezičke barijere koje pogoršavaju ili onemogućuju efikasnu komunikaciju (Van der Veer, 1993). Čak i kada korisnik govori drugi jezik, izražavanje emocija i traumatskih doživljaja na tom jeziku često je otežano, a pod stresom ili psihološkim poteškoćama dodatno se pogoršava. Korištenje drugog jezika u psihološkim intervencijama može dovesti do pogrešnih procjena, preuveličavanja ili zanemarivanja simptoma (Butcher i sur., 1988). Kako bi se to izbjeglo, komunikacija se najčešće odvija uz pomoć kulturološkog medijatora ili prevoditelja, koji ne prenosi samo riječi, već aktivno učestvuje u terapijskom procesu (Van der Veer, 1993).

Četiri ključna problema mogu se pojaviti pri radu s prevodiocima: jezička stručnost odnosno da podjednako dobro zna oba jezika, poznavanje pojmova iz područja mentalnog zdravlja kako bi bio u mogućnosti objasniti iste, saradnja terapeuta i prevodioca te upravljanje međuljudske dinamike u terapijskom procesu (Butcher i sur., 1988). Prevođenje u terapiji zahtijeva više od doslovnog prenošenja riječi, jer prevodilac tumači kulturološke nijanse i neverbalnu komunikaciju (Butcher i sur., 1988). Jezičke razlike mogu uzrokovati greške zbog nedostatka ekvivalenata za pojedine riječi npr. riječ razočarenje se ne može doslovno prevesti na perzijski jezik (Van der Veer, 1993). Također, i samo mišljenje prevodioca pruža terapeutu dodatne informacije o korisniku, ali tad prevodilac postaje i „koterapeut“ zbog čega je ključna odgovarajuća edukacija za rad u terapijskom kontekstu (Van der Veer, 1993).

Nedostatak edukacije iz područja mentalnog zdravlja kod prevodilaca može

negativno utjecati na cjelokupni terapijski proces, jer male izmjene pri prevođenju mogu potpuno promijeniti smisao poruke ili prikriti simptome poput psihoze, mogu čak i nesvjesno izostaviti značajne detalje ili pokušati poruku prevesti na kulturološki prihvatljiv način, te izbjegavati osjetljive teme, posebno ako su i sami doživjeli traumu (Van der Veer, 1993). Sabin (1975, prema Butcher i sur., 1988) .

Korištenje članova porodice, prijatelja ili osoblja kao prevodioca nije preporučljivo te nije sigurno za psihoterapijski rad (Butcher i sur., 1988). Najpogodnije bi bilo da prevodilac ne poznaje korisnika lično, ali razumije osnovne terapijske postupke, te samu kulturu korisnika (Van der Veer, 1993).

Potrebno je paziti da prevodilac ne odstupa od dogovorene uloge, poput davanja savjeta bez terapeutovog znanja, što se može dogoditi zbog kulturoloških razlika ili nedostatka iskustva, naročito kod tema poput porodičnog nasilja (Butcher i sur., 1988). Dodatni izazov može biti da se prevodilac nađe u etički nezgodnoj situaciji kada korisnik zatraži da određene informacije zadrži za sebe (Van der Veer, 1993). Također, neki prevodioci mogu imati stigmatizirajuće stavove kao i sama zajednica kojoj pripada, poput straha od mentalnih poremećaja ili omalovažavanje istih (Kinzie, 1988). Prednosti rada s prevodiocima uključuju više vremena za terapeuta da posmatra i analizira situaciju, kao i mogućnost da dugotrajna saradnja stvori efikasan tim. Prevodilac može pomoći terapeutu da procijeni kulturološku primjerenost korisnikovog ponašanja i upozori na osjetljiva pitanja u određenim kulturama (Butcher i sur., 1988). Briefing prije sesije i debriefing poslije sesije prepoznati su kao korisne prakse koje smanjuju komunikacijske probleme, poboljšavaju povjerenje i pružaju priliku za rješavanje sekundarne traume kod prevodilaca (Mirza i sur, 2020).

Za uspješan rad prevodioca potrebne su sljedeće osobine: odlično poznavanje jezika, preciznost u prenošenju poruka uz očuvanje emocionalnog tona i značenja, kulturološka osjetljivost, vještine vođenja slučajeva, osnovna znanja iz savjetodavnih tehnika, te osobine poput topline, empatije i otvorenosti (Kinzie, 1988).

7.3. Stigma korisnika oko traženja psihološke pomoći

Stigma povezana s mentalnim zdravljem predstavlja jednu od glavnih prepreka za korištenje psiholoških usluga kod izbjeglica. Osobe s iskustvom izbjeglištva obično su mentalne poremećaje izjednačavali s ludilom, nestabilnošću, nenormalnošću, smatrajući ih izvorom sramote koji se ne bi trebao otkrivati čak i zbog pomoći.

Anketa koja je provedena sa koordinatorima za mentalno zdravlje izbjeglica u Americi, je pokazala da čak 76% njih smatra stigmatu o mentalnom zdravlju preprekom za traženje pomoći (Xin, 2020). Stigmatizacija unutar psihoterapije može poticati od terapeuta i korisnika. Kod terapeuta nesvjesni stereotipi prema kulturi ili etničkoj pripadnosti korisnika, kao i kulturološke razlike mogu otežati razumijevanje i odnos (Butcher i sur., 1988). Izbjeglice, s druge strane često gledaju na psihoterapiju s nepoverenjem i strahom, jer sami odlazak psihijatru povezuje s ludilom, što dodatno pojačava stigmatu i obeshrabruje traženje pomoći (Butcher i sur., 1988). Kroz istraživanje je utvrđeno da se stigma može smanjiti kroz nekoliko načina: pružanje kulturološki prilagođenih psihoedukacija izbjeglicama kako bi se djelovalo na mentalno zdravstvenu pismenost te promijenili stavovi prema mentalnim stanjima; osnaživanjem međuljudskih interakcija između korisnika i njegove sredine, kako bi korisnik dobio adekvatnu podršku pri traženju pomoći; educiranjem kulturološki kompetentne radne snage u oblasti mentalnog zdravlja koja će razumjeti strahove i stigmatu izbjeglica te njihov pogled na psihološke probleme, a sve s ciljem pružanja pomoći koja je prilagođena njihovim potrebama; uključivanjem škole i drugih institucija, te mobilizacijom resursa u zajednici kako bi se povećala svijest o mentalnih poremećajima i psihijatrijskom liječenju (Xin, 2020).

7.4. Sagorijevanje na poslu, sekundarna traumatizacija i kontratransfer

Sindrom sagorijevanja na poslu je jedan je od najtežih posljedica profesionalnog sagorijevanja. Ovaj proces je kumulativan i započinje s malim znakovima upozorenja, koji se mogu razviti u hroničnu iscrpljenost i nezadovoljstvo. Prva faza sagorijevanja karakteristična je po pretjeranom entuzijazmu gdje osoba ima nerealna očekivanja i pretjerano je predana poslu. Druga faza predstavlja stagnaciju gdje osoba uviđa da nije ostvarila rezultate koje je zamislila. Slijedi faza frustracije i socijalnog povlačenja gdje se sumnja u vlastite kompetencije, te su i komunikacijske poteškoće sve učestalije, kao i emocionalna otuđenost od kolega i korisnika, te se mogu javiti i fizičke poteškoće. Zadnja faza sagorijevanja je karakteristična po apatiji i gubitku profesionalnog samopouzdanja (Stiplošek, Vudrić, 2016)

Sekundarna traumatizacija predstavlja posljedično ponašanje i emocije koje proizlaze iz saznanja o traumatizirajućem događaju koji je doživjela značajna osoba. To je stres koji nastaje usljed pomaganja ili želje da se pomogne nekome ko je doživio traumu zbog koje pati (Elwood i sur, 2011). Simptomi sekundarne traumatizacije kod

humanitarnih radnika uključuju: nametljive misli o nedačama korisnika, noćne more, hronični umor, nemogućnost razdvajanja poslovnog od privatnog života, smanjena tolerancija na frustracije, ispadi bijesa i ljutnje, strah od rada sa određenim osobama, depresija, anksioznost, neefikasni i/ili samodestruktivni načini samoumirivanja, hipervigilnost, smanjen osjećaj kompetentnosti na poslu, umanjen osjećaj svrhe i uživanja u karijeri, smanjeno funkcionisanje u neprofesionalnim situacijama i gubitak nade, veća podložnost infekcijama, povećano konzumiranje alkohola i lijekova za smirenje (Elwood i sur., 2011).

Kontratransfer podrazumijeva emocionalnu reakciju pomagača na korisnika koje proizilaze iz njegovog privatnog i profesionalnog iskustva (Ajduković, 2012). Izgled korisnika ili njegovo iskustvo mogu potaknuti snažne emocije kod pomagača zbog nečega što je sam proživio čime se otežava pružanje potrebne podrške korisniku. Zbog toga kod pomagača se mogu javiti različiti obrambeni mehanizmi kao što su potiskivanje, poricanje, projekcija, prenaplašeno i nekontrolisano iskazivanje emocija (Kraljević, 2014). To šteti profesionalnom ponašanju pomagača i zato je važno osvijestiti i prepoznati te reakcije.

Značajno je naučiti vještine samopomoći, razviti odgovornost za vlastito zdravlje i uključiti se u superviziju kako bi se prevenirao burnout i pozitivno utjecalo na mentalno zdravlje pomagača (Kraljević, 2014). Neke od tehnika za zdrav način suočavanja sa stresom su sljedeće: izraziti osjećaje, rasporediti vrijeme, prepoznati granice energije, ne planirati više od jedne stresne aktivnosti u isto vrijeme, baviti se fizičkom aktivnošću, raspodijeliti odgovornost, raspodijeliti posao na manje dijelove, naučiti reći ne, poboljšati radne vještine, nastojati uspjeti i naučiti se opustiti (Ljubotina i Friščić, 2014).

ZAKLJUČAK:

Ovaj rad imao je za cilj teorijski istražiti psihološke i društvene posljedice prisilne migracije, te identificirati najefikasnije intervencije i implikacije u pružanju psihološke podrške izbjeglicama pogođenim socijalnom i individualnom traumom.

Utvrđeno je da trauma izbjeglica najčešće nije ograničena na jedan događaj, već je riječ o složenom i dugotrajnom procesu koji uključuje traume iz zemlje porijekla, traumatska iskustva tokom migracijskog puta, te brojne postmigracijske stresore (sekvencijska trauma).

Posljedice ovih iskustava manifestuju se kroz povećan rizik od psihopatologije, krize identiteta, narušene porodične dinamike, stigmatizacije, diskriminacije, otežanim pristupom resursa i društvene isključenosti.

Efikasne intervencije podrazumijevaju kombinaciju individualne i grupne podrške, kao i pristupa zasnovanih na zajednici. Istovremeno, prepoznati su brojni izazovi u radu psihologa, uključujući kulturološke barijere, rad s prevoditeljima, stigmatu i profesionalne rizike.

Zaključno, rad ukazuje na potrebu za holističkim, koordiniranim i trauma-informisanim pristupima koji istovremeno jačaju otpornost, štite dostojanstvo i podržavaju dugoročnu integraciju izbjeglica u društvo.

Rad s izbjeglicama nosi mnoge izazove i zahtijeva veliku posvećenost, ali istovremeno pruža duboku ispunjenost. Zahvalna sam na prilici da obavljam ovu ulogu – zahvaljujući njoj susrela sam divne ljude, slušala dirljive i nevjerovatne životne priče, te iznova svjedočila snazi ljudske otpornosti i ponovnom buđenju nade. Posebnu zahvalnost dugujem izbjeglicama koje su mi ukazale povjerenje i podijelile svoje priče – bila je to istinska privilegija.

LITERATURA

- Abrams, Z. (2021). *How psychologists can help refugees*. Monitor on Psychology, 52(7).
<https://www.apa.org/monitor/2021/10/ce-psychologists-help-refugees>
- Abrutyn, S. (2023). *The roots of social trauma: Collective, cultural pain and its consequences*. *Society and Mental Health*, 14(3), 240–255.
<https://doi.org/10.1177/21568693231213088><https://srebrenicamemorial.org/>
- Ahsan, Sanah (2022). *I'm a psychologist – and I believe we've been told devastating lies about mental health*. The Guardian (theguardian.com).
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/sep/06/psychologist-devastating-lies-mental-health-problems-politics>; pristupljeno: 20.10.2024.
- Ajduković D., (2014). *Prva psihološka pomoć*, Društvo za psihološku pomoć. Kneza Mislava 11, Zagreb.
- American Psychological Association. (2023). *Culturally informed trauma and grief recovery toolkit*. APA (apa.org). <https://www.apa.org/about/governance/president/grief-toolkit>, pristupljeno, 10.03.2024.
- American Psychological Association. (n.d.). Trauma . *In APA dictionary of psychology*, APA Dictionary of Psychology , <https://dictionary.apa.org/just-world-hypothesis>, pristupljeno: 24.08.2024.
- Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije: Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Bachleitner, K. (2022). Legacies of war: Syrian narratives of conflict and visions of peace. *Cooperation and Conflict*, 57(1), 43–64. <https://doi.org/10.1177/00108367211032691>
- Bal, M., Aradi, E., & Yerkes, M. (2024). 'Keep Europe for the Europeans': The role of threat perceptions and intergroup contact for explaining attitudes towards

- immigrants in Hungary. Central and Eastern European Migration Review. <https://doi.org/10.54667/ceemr.2024.08>
- Benejam, J. (2022). Psychological evaluations for immigration proceedings: For attorneys. Dr. Benejam. Retrieved April 1, 2025, from <https://drbenejam.com/psychological-evaluations-for-immigration-proceedings-for-attorneys/>
- Bettelheim, B. (1979). *Surviving and other essays*. Alfred A. Knopf: New York, <https://archive.org/details/survivingothere100bett/page/n3/mode/2up>
- Bhugra, D., Craig, T., Bhui, K.(2010). *Mental health of refugees and asylum seekers*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/mental-health-of-refugees-and-asylum-seekers-9780199557226?cc=ba&lang=en&>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Border Violence Monitoring Network BVMN (2022): *Understanding Pushbacks*. BVMN (borderviolence.eu). <https://borderviolence.eu/about/understanding-pushbacks/>, pristupljeno: 13.9.2024.
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). *Sequential traumatization, trauma-related disorders and psychotherapeutic approaches in war-traumatized adult refugees and asylum seekers in Germany*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59, 621–626. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2337-4>
- Britvić, D., & Štrkalj Ivezić, S. (2019). *Mentalno zdravlje u zajednici*. Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.
- Burnett, K. (2013). *Feeling like an outsider: A case study of refugee identity in the Czech Republic* (New Issues in Refugee Research, Research Paper No. 251).

United Nations High Commissioner for Refugees.
<https://www.unhcr.org/in/sites/en-in/files/legacy-pdf/510947989.pdf>

Butcher, J. N., Egli, E. A., Shiota, N. K., & Ben-Porath, Y. S. (1988). Psychological interventions with refugees. Refugee Assistance Program-Mental Health Technical Assistance Center, University of Minnesota.

Center for Substance Abuse Treatment- CSAT (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 57, Chapter 2). Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207203/>

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Chu, T., Keller, A. S., Rasmussen, A. (2013). *Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(5), 890–897. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9696-1>

Clemence D., Gartley T., Ziersch A. (2024) A systematic review of psychological group interventions for adult refugees in resettlement countries: development of a stepped care approach to mental health treatment, *Australian Psychologist*, 59:3, 167-184. <https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2343745>

Cvrtila, V., Slijepčević, M. i Levak, T. (2019). *MIGRATION, THE PERCEPTION OF SECURITY RISKS AND MEDIA INTERPRETATION FRAMEWORKS IN CROATIA AND HUNGARY*. *Studia Polensia*, 8 (1), 7-30.
<https://doi.org/10.32728/studpol/2019.08.01.01>

Cypress, B. S. (2021). Collective Trauma: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Forum*, 56(2), 396-403. <https://doi.org/10.1111/nuf.12550>

- Dalgaard, N. T., & Montgomery, E. (2017). The transgenerational transmission of refugee trauma: family functioning and children's psychosocial adjustment. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 13(3), 289–301. <https://doi.org/10.1108/ijmhsc-06-2016-0024>
- Der Sarkissian, Sharkey, (2021). Transgenerational Trauma and Mental Health Needs among Armenian Genocide Descendants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10554. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910554>
- Dong, Y. (2019). *Refugees and trauma*. *Asian Journal of Social Science Studies*, 4(4), 79. <https://doi.org/10.20849/ajsss.v4i4.675>
- Družić Ljubotina, O. i Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvori stresa i suočavanje na poslu. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 21 (1), 5-32.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical psychology review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Flanagan, N., Travers, A., Vallières, F., Hansen, M., Halpin, R., Sheaf, G., Johnsen, A. T. (2020). Crossing borders: a systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1790283>
- Flannery, R. B., Jr., i Everly, G. S., Jr. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 119–125.
- Gangsei, D., & Deutsch, A. (2007). Psychological evaluation of asylum seekers as a therapeutic process. *Torture*, 17(2), 79–87.

- Green, B. L. (1990). *Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions*. Journal of Applied Social Psychology, 20 (20), 1632–1642. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb01498.x>
- Griffin, D. (2018). *About Refugees*. The National Child Traumatic Stress Network (nctsn.org). NCTSN. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/refugee-trauma/about-refugees>, pristupljeno 23.2.2025.
- Groves, J., Fawaz, D., Olenik, C. (2021). *Integrating mental health and psychosocial support into youth programming [Toolkit]*. Making Cents International. YouthPower2: Learning and Evaluation. Zhenghua. <https://zhenghua.pa.gov.sg/files/integrating%20mental%20health%20and%20psychosocial%20support%20into%20youth%20programming%20a%20toolkit.pdf>
- Hamburger, A., Hancheva, C., & Volkan, V. (Eds.). (2021). *Social trauma: An interdisciplinary textbook*. Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47817-9>
- Hamburger, A., Hancheva, C., Özçürümez, S., Scher, C., Stanković, B., & Tutnjević, S. (Eds.). (2021). *Prisilna migracija i društvena trauma: Interdisciplinarne perspektive iz ugla psihoanalize, psihologije, sociologije i političkih nauka* (A. Đuliman, Trans.). Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
- Hirschberger, G. (2018). Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in Psychology*, 9, 1441. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01441>
- ICMPD. (2024). *ICMPD Migration Outlook 2025*. International Centre for Migration Policy Development. Vienna Austria. <https://www.icmpd.org/file/download/63373/file/ICMPD%2520Migration%2520Outlook%25202025.pdf>
- Ingleby, D. (Ed.). (2005). *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1007/b99490>

- Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2014). *Strengthening resilience: A global selection of psychosocial interventions*. [E-book]. Copenhagen : IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
<https://inee.org/sites/default/files/resources/Strengthening-Resilience.pdf>
- IOM & UNHCR. (2018). *Izveštavanje o migracijama i izbjeglicama* [Preporuke za novinare]. UNHCR BiH, https://bosniaherzegovina.un.org/sites/default/files/201910/Reporting%20on%20Migration%20and%20Refugees_BHS.pdf.
- IOM (N.D.). The Global Context of International Migration Phases of migration [Handbook]. <https://emm.iom.int/handbooks/global-context-international-migration/phases-migration-0>, pristupljeno 23.2.2025.
- Jäckle, M., Wuttig, B., Fuchs, C. (2017). *Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Jameson, Daphne (2007). *Reconceptualizing cultural identity and its role in intercultural business communication*. Journal of Business Communication 44(3): 199-235.
- Jones, L. (2020). *Grief and Loss in Displaced and Refugee Families*. In: Song, S., Ventevogel, P. (eds) Child, Adolescent and Family Refugee Mental Health, 123-149. Springer, Cham .https://doi.org/10.1007/978-3-030-45278-0_8
- Jović, V., Opačić, G., Špeh-Vujadinović, S., Vidaković, I., & Knežević, G. (2004). *Izbeglice i mentalno zdravlje: Implikacije za proces repatrijacije i integracije*

- [Život u posleratnim zajednicama]. AKADEMIA (academia.edu).
<https://www.academia.edu/8087072>
- Juen, B., Stickler, M., Kreh, A., Lindenthal, M., Kratzer, D. (2018). Psihološka prva pomoć i psihosocijalna podrška u složenim kriznim situacijama [Priručnik za predavače za obuku djelatnika i volontera.] Hrvatski Crveni križ.
https://www.hck.hr/UserDocsImages/publikacije/Priru%C4%8Dnici/CRC%20PSS PFA_helpers_final.pdf
- Kinzie, J. D. (1988). *Psychiatric clinical programs for refugees: Development, staffing, structure, and training*. University of Minnesota, Refugees Assistance Program - Mental Health Technical Assistance Center.
- König, U., & Reimann, C. (2018, June). *Closing a gap in conflict transformation: Understanding collective and transgenerational trauma*. Bern, Switzerland.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/79728450/1806CollectiveTrauma-libre.pdf>
- Kraljević, R. i Lalić Novak, G. (2014). *Zaštita izbjeglica i ranjivih skupina migranata – priručnik za edukatore*. Zagreb: Hrvatski Crveni križ.
- Kratzer D., Kreh A., Lindenthal M., Stickler M., (2019). *Psihosocijalna podrška i psihološka prva pomoć u kriznim situacijama* (Priručnik za predavače za obuku voditelja timova), Austrijski Crveni križ: Austrija.
https://www.hck.hr/UserDocsImages/publikacije/Priru%C4%8Dnici/CRC%20PSS PFA_TL_final.pdf
- Krupnik, V. (2019). *Trauma or adversity?* *Traumatology*, 25(4), 256–261.
<https://doi.org/10.1037/trm0000169>
- Langer, P. C., Dymczyk, A., Brehm, A., Joram Ronel. (2023). Trauma concepts in research and practice [An Overview]. In *Essentials*. Springer Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-40484-0>

- Larson, R., Sookdeo, T. (2023). *Collective trauma: Definition, effects, & how to heal*. Choosing Therapy (choosingtherapy.com). <https://www.choosingtherapy.com/collective-trauma/>, pristupljeno 09.03.2025.
- Lock, S. (2016). The Tree of Life: A Review of the Strengths-Based Narrative Approach. *Educational Psychology Research and Practice*, 2(1), 2–20. <https://doi.org/10.15123/uel.88582>
- Low Stanić, A. (2014). *Provjera postavki teorije međugrupne prijetnje u višetetničkoj zajednici nakon sukoba* (Doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/299373918.pdf>
- Lustig, S. L., Kureshi, S., Delucchi, K. L., Iacopino, V., & Morse, S. C. (2008). Asylum grant rates following medical evaluations of maltreatment among political asylum applicants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(1), 7–15. <https://doi.org/10.1007/s10903-007-9056-8>
- Mahoney, D., & Barnett, A. G. (2017). *Community-based interventions for building social inclusion of refugees and asylum seekers in Australia: A systematic review*. *Journal of Social Inclusion*, 8(2), 66–77.
- Médecins Sans Frontières (M.S.F.) (2016). *Neglected Trauma—Asylum seekers in Italy: An analysis of mental health distress and access to healthcare*. Rome, Italy. Retrieved from https://www.msf.org/sites/msf.org/files/neglected_trauma_report.pdf.
- Mirza, M., Harrison, E., Bentley, J., Chang, H.-C., & Birman, D. (2020). Language discordance in mental health services: An exploratory survey of mental health providers and interpreters. *Societies*, 10(4), 66. <https://doi.org/10.3390/soc10040066>
- MKB11- World Health Organization, (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva:World Health Organization, Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO,

Institutional Repository for Information Sharing (IRIS).
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf>

Morris, J.E., & Palazuelos, D. (2015). The Health Implications of Deportation Policy. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 26(2),406-409.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0038>.

Mueller, D. C. (2023). *Identity, place, and the refugee experience*. The Undergraduate Journal of Global Citizenship, 5(1), Article 2.

Muldoon, O. T. (2024). *The social psychology of trauma: Connecting the personal and the political*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009306997>

NeuroLaunch Editorial Team. (2024, August 22). *Collective trauma: How shared experiences shape society and mental health*. NeuroLaunch.
<https://neurolaunch.com/collective-trauma/>

Oztürk, E., & Derin, G. (2024). Migration psychology and migration trauma: Migration-related transgenerational transmission of trauma and transgenerational transfer of psychopathology. In E. Öztürk (Ed.), *Migration Psychology* (pp. 25–36). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Porter, M., Haslam, N. (2005). *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis*. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>

Prager, J. (2011). *Danger and deformation: A social theory of trauma part I: Contemporary psychoanalysis, contemporary social theory, and healthy selves*. *American Imago*, 68(3), 425–448. <https://doi.org/10.1353/aim.2011.0029>

Prinz, A. (2019). Migration, Cultural Identity and Diasporas An Identity Economics Approach. *IZA Journal of Development and Migration*, 10(1).
<https://doi.org/10.2478/izajodm-2019-0001>

- Profaca, B. (2016). *Traumatizacija djece i mladih*. Ljetopis socijalnog rada, 23(3), 345–361. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v23i3.143>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), Article CD007944. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Salim, S. (2024). The burden of trauma in the life of a refugee. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1298544>
- Saling, J. (2024). Guide to psychiatry and counseling. WebMD. <https://www.webmd.com/mental-health/guide-to-psychiatry-and-counseling>
- Salman, R. (2017). *Trauma induced disorders and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*[Guide]. Ethno-Medical Centre. MiMi Bestellportal (mimi-bestellportal.de) <https://www.mimi-bestellportal.de/wp-content/uploads/2017/06/Leitfaden-Trauma-Englisch-web-2017-06.pdf>
- Shahimi, F., Block, K., & Alisic, E. (2024). *Sense of identity among young people with refugee backgrounds: A scoping review*. Children and Youth Services Review, 157, 107378. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107378>
- Shahini, Ahmeti, Charlés. (2016). Family Therapy in Postwar Kosova: Reforming Cultural Values in New Family Dynamics. 10.1007/978-3-319-39271-4_6.
- Silove, D., Steel, Z., Bauman, A. (2007). Mass psychological trauma and PTSD: Epidemic or cultural illusion? In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 299–316). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_13

- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The Contemporary Refugee crisis: an Overview of Mental Health Challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Sipsas, E. (2025). *Europe's migrant crisis in 2024: Numbers fall but attitudes harden*. CGTN Europe (newseu.cgtn.com). <https://newseu.cgtn.com/news/2025-01-01/Europe-s-migrant-crisis-in-2024-Numbers-fall-but-attitudes-harden-1zBgDFABPYQ/p.html>
- Služba za poslove sa strancima. (n.d.). *Medžunarodna zaštita*. Sps.gov.ba, https://sps.gov.ba/?page_id=2513&lang=hr#:~:text=ME%C4%90UNARODNA%20ZA%C5%A0TITA.%20Me%C4%91unarodna%20za%C5%A1tita%20ozna%C4%8Dava , pristupljeno: 7.10.2024
- Stiplošek, D., Vudrić, N. (2016). *Proces pružanja podrške*. Hrvatski Crveni križ. <https://www.hck.hr/UserDocsImages/publikacije/Priru%C4%8Dnici/Prirucnik%20-%20Proces%20pruzanja%20podrske.pdf>
- Theisen-Womersley, G. (2021). *Trauma and Migration*. In: *Trauma and Resilience Among Displaced Populations*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67712-1_2
- UNHCR BiH (n.d.) *Podnošenje zahtjeva za azil i pripadajuća dokumentacija*. Help BiH UNHCR. <https://help.unhcr.org/bosniaandherzegovina/bs/applying-for-asylum/>, pristupljeno: 7.10.2024
- UNHCR USA (n.d.) Who we protect: Asylum-seekers. <https://www.unhcr.org/us/about-unhcr/who-we-protect/asylum-seekers>, pristupljeno 23.11.2024.
- UNHCR, (2024). *Data and statistics-Global Trends*. UNHCR UK (unhcr.org). <https://www.unhcr.org/global-trends>; pristupljeno: 20.10.2024.

- UNHCR, (2024). *What happens when people are forced to flee?*.Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=3OVgkucUiHU>; pristupljeno: 20.10.2024.
- UNHCR. (2024). Mental health. In *Integration Handbook*. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>
- United Nations Children's Fund (2018). *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families* (field test version)[Operational guidelines].New York, UNICEF
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2019). *Refugee or migrant? Word choice matters* [Handbook]. UNHCR UK.<https://www.unhcr.org/il/wp-content/uploads/sites/6/2020/10/Refugees-or-Migrants-Word-Choice-Matters.pdf>
- United Nations Population Fund. (2019). *The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming*. UNFPA.
- Van der Veer, G. (1993). *Psychotherapy with refugees: An exploration*. Amsterdam: Stichting voor Culturele Studies.
- Ventevogel, P. (2018). Interventions for Mental Health and Psychosocial Support in Complex Humanitarian Emergencies: Moving Towards Consensus in Policy and Action? *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations*, 155–180. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97046-2_8
- Ventevogel, P., Jordans, M., Reis, R.(2013). Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. *Confl Health* 7, 3 <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-3>
- Vukčević Marković, M., Bobić, A., & Živanović, M. (2023). *The effects of traumatic experiences during transit and pushback on the mental health of refugees, asylum seekers, and migrants*. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163064>

- Wang, D., i Gupta, V. (2023). Crisis intervention. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved March 22, 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/>
- Ward, J. (2020). Feminist approaches to specialized mental health care for survivors of gender-based violence. GBV AoR Helpdesk Learning Brief.
- Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., & Katona, C. (2018). *The impact of immigration detention on mental health: a systematic review*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1945-y>
- Westermeyer, J., Williams, C.L., & Nguyen, A.N. (Eds.). (1991). *Mental Health Services for Refugees*, DHHSPublication No. [ADM] 91-1824 Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Williams, C. L. (1989). *Prevention programs for refugee mental health*. Refugees Assistance Program – Mental Health Technical Assistance Center, University of Minnesota. National Institute of Mental Health (DHHS), Rockville, MD. [ERIC Document No. ED308445]. https://archive.org/details/ERIC_ED308445
- World Health Organization i United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies* [Intervention Guide]. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>
- World Health Organization. (2012). Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/other-significant-emotional-and-medical-unexplained-somatic-complaints/psychological-debriefing-in-people-exposed-to-a-recent-traumatic-event.pdf?sfvrsn=8bb5f0cb_0
- World Health Organization. (2020). *Doing What Matters in Times of Stress*. WHO (who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

- World Health Organization. (2021). *Mental health and forced displacement*. World Health Organization (who.int). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>, pristupljeno 10.03.2025.
- World Health Organization. (2021). *SELF-HELP PLUS (SH+)*. WHO (who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035119>
- World Health Organization. (2022). *Child and Adolescent Mental and Brain Health*. WHO (who.int). <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>, pristupljeno 9.2.2025.
- World Health Organization. (2022). *Mental health in emergencies*. WHO (who.int). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- World Health Organization. (2023). *Maternal Mental Health*. WHO (who.int). <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>, pristupljeno: 9.2.2025.
- Worthy, L. D., Lavigne, T., & Romero, F. (2020). Acculturation. In *Culture and Psychology*. Maricopa Open Digital Press. <https://open.maricopa.edu/culturepsychology/chapter/acculturation/>
- Xin, H. (2020). Addressing mental health stigmas among refugees: A narrative review from a socio-ecological perspective. *Universal Journal of Public Health*, 8(2), 57–64. <https://doi.org/10.13189/ujph.2020.080202>